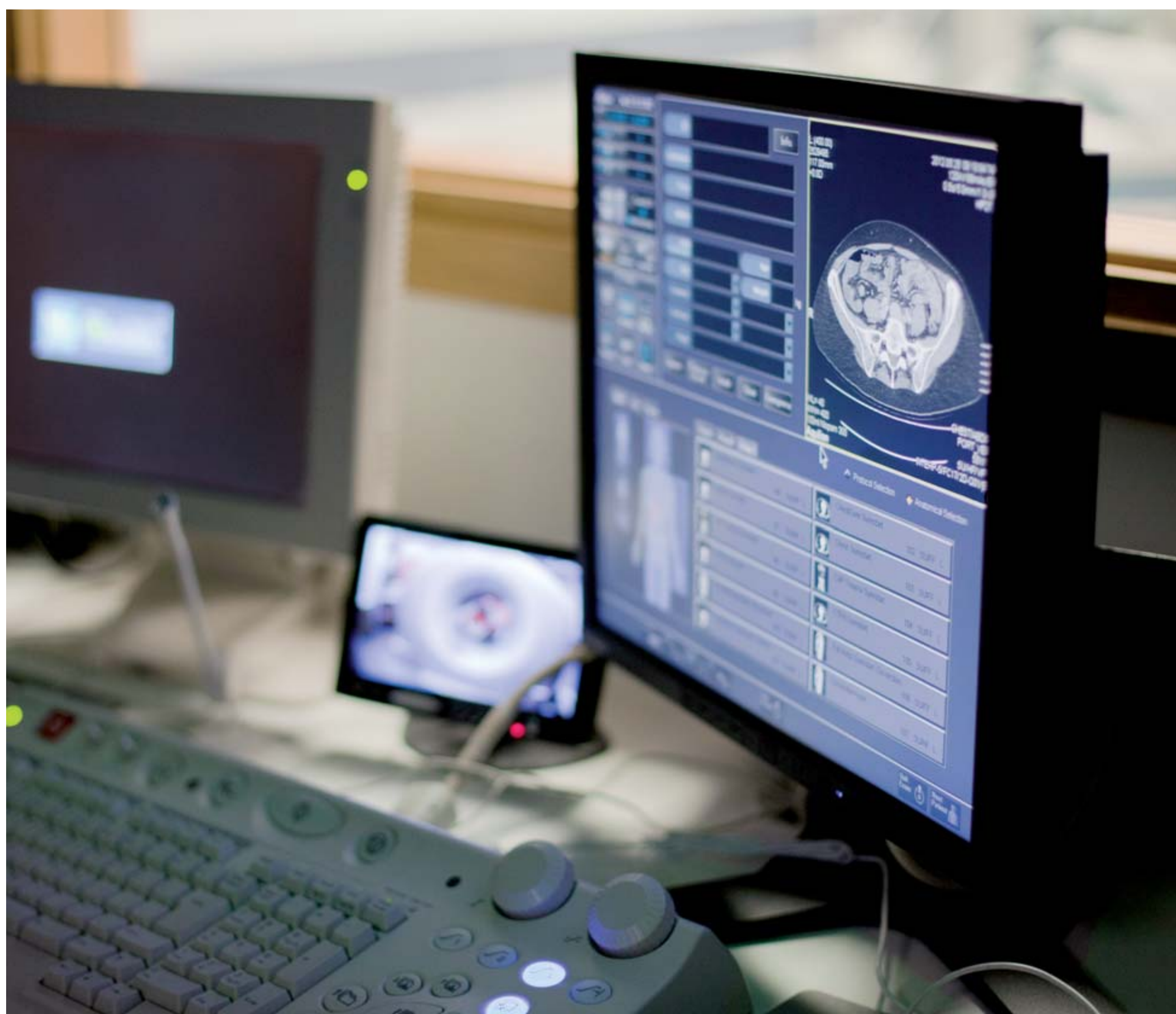
Jaki jest system ochrony zdrowia w Polsce? Czy może być lepszy? Czy propozycje zmian mogą poprawić jego funkcjonowanie? W jakim zakresie? Niezadowolenie mieszkańców kraju z systemu ochrony zdrowia jest powszechne, a krytyka od wielu lat płynie zarówno ze strony pacjentów, jak i jego pracowników. Dotyczy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, niedofinansowania systemu oraz jakości usług.

Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014

Pierwsza edycja
Styczeń 2014



pwc

Dane i analizy
www.dane-i-analizy.pl

termedia

Niniejsze opracowanie zostało przygotowane przez zespół prowadzący serwis internetowy www.dane-i-analizy.pl oraz firmę doradczą PwC.

Autorzy wykorzystali międzynarodowe doświadczenia w opracowaniu mierników sprawności systemu ochrony zdrowia (health system performance measures – HSPM), aby podjąć próbę oceny działania polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Autorzy raportu

Adam Kozierkiewicz
Autor pomysłu

Ewa Boguszewska
PwC

Krzysztof Gajda
www.dane-i-analizy.pl

Dariusz Gilewski
www.dane-i-analizy.pl

Mariusz Ignatowicz
PwC

Paweł Kaoka
PwC

Beata Laskowska
www.dane-i-analizy.pl

Agata Łaszewska
www.dane-i-analizy.pl

Monika Natkaniec
www.dane-i-analizy.pl

Bernard Waśko
PwC

Konsultanci

Marek Haber
Leszek Sikorski
Andrzej Sośnierz
Michał Bedlicki

Komentarz

prof. dr hab. med.
Rafał Niżankowski

ISBN: 978-83-63359-49-2

Spis treści



Wstęp

Jaki jest system ochrony zdrowia w Polsce? Czy może być lepszy?

Czy propozycje zmian mogą poprawić jego funkcjonowanie? W jakim zakresie?

Niezadowolenie mieszkańców kraju z systemu ochrony zdrowia jest powszechne, a krytyka od wielu lat płynie zarówno ze strony pacjentów, jak i jego pracowników. Dotyczy ona dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, niedofinansowania systemu oraz jakości usług. Znaczny wzrost finansowania ochrony zdrowia (blisko dwukrotny realny wzrost od roku 2000), intensywne nakłady inwestycyjne oraz znaczny rozwój sektora prywatnego nie zmieniają w istotny sposób tej krytycznej oceny.

Czy zatem dotychczasowe działania reformatorskie są tak nieskuteczne, czy mijają się z celem? Jakie są powody krytyki?

Z badań pn. „Diagnoza społeczna" wynika, że z publicznego systemu ochrony zdrowia bardziej niezadowoleni są ci, którzy z niego nie korzystają (Czapiński J., Panek T., 2013). Również dziennikarze i politycy są bardzo surowi w jego ocenie, o ile oczywiście nie są odpowiedzialni za jego aktualne działanie. Krytyka ma różnorodne powody: jedni krytykują system ochrony zdrowia za marnotrawstwo środków, inni za niewystarczające nakłady; Jedni za niski dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, inni za nadmierne i pochopne ich udzielanie. Można odnieść wrażenie, że oczekiwania wobec systemu są często sprzeczne, a w każdym razie odmienne w różnych grupach społecznych.

Do formułowania tez na temat systemu często służą kazusy. Miary statystyczne mają mniejsze znaczenie, ponieważ są nudne w powszechnym odbiorze, nie są czarno-białe (zerowo-jedynkowe), a tym samym nie są nośne medialnie. Media skupiają się na kazusach, uważnie śledzonych przez polityków i formułują uniwersalne oceny na podstawie pojedynczych przypadków. Ciężar dyskusji publicznej i zainteresowanie polityków lokowane jest na jednostkowych zdarzeniach, a nie na systematycznych i masowych zjawiskach.

Proponowane bieżące zmiany, podejmowane pod wpływem sytuacji tego rodzaju mają najczęściej charakter interwencyjny i brakuje im strategicznego kontekstu.

W ten sposób łatwo wpaść w błędne koło, gdzie:

1. kierunek zmian w systemie nie jest odpowiednio komunikowany,
2. obywatele nie mają informacji o postępach w osiąganiu wyznaczonych celów,
3. komunikaty o kazusach stają się dominującym motywem przekazów medialnych i wypierają informacje o tym, jak system działa w całości,
4. politycy reagują na przekazy medialne i na ich podstawie wyznaczają bieżące cele,
5. polityka tworzona w ten sposób nie rozwiązuje istniejących problemów, jest chaotyczna i pozostawia poczucie nieskuteczności oraz rozczarowania działaniami ludzi, którzy ją kształtują.

Czy istnieje szansa wyjścia z tej sytuacji? Czy można liczyć na to, żeby polityka zdrowotna była racjonalna i prowadziła do systematycznej poprawy? Czy można uzgodnić społecznie, po co utrzymujemy system ochrony zdrowia?

Na pewno nie jest to łatwe i zapewne materia medialno-polityczna nie będzie w tym pomocna; zarówno ze względu na wspomniane mechanizmy funkcjonowania mediów jak i z powodu walki politycznej, niszczącej jakikolwiek plan długofalowych działań. Tym niemniej społeczeństwo oraz środowiska zawodowe ochrony zdrowia nie pozostają bez możliwości oddziaływania.
Jedną z nich jest publiczna dyskusja o sprawności systemu ochrony zdrowia oparta na „twardych" wskaźnikach statystycznych.

Streszczenie

Indeks sprawności opracowany został jako próba sprowadzenia dyskusji na temat systemu ochrony zdrowia na poziom faktów i dowodów. Tak jak istnieje doktryna Evidence Based Medicine (EBM) w medycynie, tak w polityce zdrowotnej mówi się o Evidence Based Health Policy.

Polski system ochrony zdrowia znajduje się od lat pod pręgierzem krytyki. W społeczeństwie rozpowszechnione jest przekonanie, że polska opieka zdrowotna jest gorsza od innych, a wysiłki polityków czy zarządzających tym systemem nie przynoszą poprawy. Opinie te są powszechne, chociaż istnieją mierniki wskazujące, że sytuacja nie jest tak jednoznaczna.

Skąd się biorą takie opinie? Żyjemy w epoce mediów a większość przekazów medialnych opierana jest na kazusach. Skupiając się na kazusach, powodujemy, że ciężar dyskusji publicznej i zainteresowanie polityczne koncentrują się na jednostkowych zdarzeniach, a nie na systematycznych i masowych zjawiskach, ponieważ miary statystyczne nie są tak atrakcyjne.

Opisana sytuacja nie jest charakterystyczna wyłącznie dla Polski. Aby przyciągnąć uwagę opinii publicznej, konieczne jest odpowiednie przedstawienie zagadnienia. W ten sposób, w połowie lat 90-tych XX wieku zaczęto przetwarzać rutynowe zbiory danych na formę, która przyciągnie uwagę i pobudzi do działania na rzecz systematycznej poprawy. W ten sposób zaczęto stosować tzw. wskaźniki sprawności (*performance measures*) ukazujące, w jakim stopniu w systemie osiągane są pożądane cechy i zjawiska. Ocenie poddawano poszczególne placówki, lecz częściej całe obszary kraju, w których działało wiele organizacji i osób.

Przy okazji zaczęto zadawać pytania o, wydawałoby się, oczywistości; do czego potrzebny jest nam system ochrony zdrowia? Dlaczego społeczeństwa wykonują tak wielki wysiłek, by zbudować i utrzymać instytucje tego systemu? Czy różnice regionalne są wyrazem naturalnej odmienności i lokalnych preferencji czy nieskuteczności zarządzania?

W tworzeniu obecnego *Indeksu*, autorzy wzorowali się na istniejących przykładach międzynarodowych (WHO, OECD), brytyjskich, kanadyjskich, australijskich czy holenderskich. Jednocześnie jednak silnie zaznaczono krajową charakterystykę oceny, na przykład wtedy, gdy definiowano osie oceny.

Uznano, że od systemu w Polsce oczekuje się trzech rzeczy:

1. *by chronił i poprawiał stan zdrowia mieszkańców,*
2. *by był efektywny i stabilny finansowo* oraz
3. *by pacjenci byli zadowoleni z jego funkcjonowania.*

Na osie oceny składają się wymiary oceny, wśród których znajdują się takie pojęcia jak:prewencja i profilaktyka, zapobieganie hospitalizacji, zapobieganie zgonom, dynamika zadłużenia SPZOZ-ów, ochrona finansów chorujących czy różne elementy obsługi pacjenta, jako konsumenta usług zdrowotnych. Wymiary zaś zawierają wskaźniki, których w pierwszej edycji Indeksu jest 44, do których przypisano wagi, oddające ich istotność.

Wielkim wyzwaniem okazało się opisanie, przy pomocy tak niewielu dostępnych obecnie miar i danych, sprawności tak



złożonego systemu. Każdy wskaźnik załączony w *Indeksie* musiał być znaczący, a suma wskaźników powinna stanowić spójną kompozycję. Czy to się udało, ocenią czytelnicy. Bez wątpienia, wiele z dziedzin i obszarów dotyczących jakości ochrony zdrowia nie ma jeszcze reprezentacji po stronie wskaźników. Zakładając, że niedobór informacji w jednakowym stopniu dotyczy wszystkich regionów administracyjnych kraju, autorzy starają się zwrócić uwagę na zaprezentowane różnice pomiędzy województwami, prowokując do dyskusji publicznej i pogłębionej analizy przyczyn zaobserwowanych zjawisk.

Ostateczny wynik obejmuje zatem ocenę sprawności poszczególnych województw na podstawie 44 wskaźników oceny, a poprzez system wag, ranking województw w poszczególnych trzech osiach. Nie ma jednej listy i jednego zwycięzcy. Są liderzy w poszczególnych kategoriach, tj. poprawy stanu zdrowia mieszkańców, gospodarki finansowej oraz jakości konsumenckiej.

Autorzy zachęcają czytelników raportu do zastanowienia i zgłoszenia swoich propozycji i koncepcji co do przyszłego rozwoju Indeksu i mają nadzieję, że komentarze na temat doboru i znaczenia zamieszczonych wskaźników, nadanych wag oraz uwagi i sugestie, skąd można uzyskać ciekawe i znaczące informacje, oraz krytyka ze strony czytelników pomogą w przyszłości uzupełniać i wzbogacać Indeks.

Mierniki sprawności systemu ochrony zdrowia

Zarządzanie złożonym systemem, składającym się z wielu organizacji i osób, wymaga systematycznego określania i przekazywania celów, a następnie pomiaru stopnia ich osiągania. Od kilkunastu lat w ochronie zdrowia stosuje się ogólne pojęcie *mierników sprawności systemu ochrony zdrowia* (*health system performance measures*, HSPM) (Smith, P.C., Mossialos, E., et al. (ed.), 2009), stanowiących specyficzny zestaw wskaźników statystycznych, które mają wskazywać na skalę powodzenia polityki zdrowotnej. Mierniki tego rodzaju wykorzystywane są w wielu krajach, choć szczególnie rozpowszechniły się w krajach anglosaskich i skandynawskich, a także w praktyce organizacji międzynarodowych, jak np. Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) czy Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Poszczególne zestawy mierników różnią się, odzwierciedlając preferencje inicjatorów pomiaru.

Mierniki sprawności systemu ochrony zdrowia mogą być stosowane zarówno wobec placówek ochrony zdrowia, regionów kraju, a także całego terytorium danego kraju. Najczęściej mierniki stosowane są do porównań (*benchmark*), zestawiających wyniki osiągane przez podobne podmioty. Mierniki te można odnosić do przyjętych z góry celów (*targets*) albo do wartości osiąganych przez podmioty uznawane za referencyjne.

Zdaniem badaczy z *Health Policy Analysis Program*, prowadzonego przez Uniwersytet Waszyngtoński, jest siedem powodów stosowania *mierników sprawności systemu ochrony zdrowia* w zarządzaniu:

1. Określanie i komunikowanie celów systemu

Wiele celów systemu ochrony zdrowia jest domyślnych. Są one tak oczywiste, że osoby zarządzające systemem oraz jego uczestnicy nie werbalizują ich, nie nazywają i nie przekazują pozostałym uczestnikom. Może to stanowić źródło wielu nieporozumień, przede wszystkim dotyczących wagi poszczególnych założeń systemu.

Co ważniejsze, żeby system był efektywny czy żeby był sprawiedliwy? Co ważniejsze, żeby ubezpieczenie było powszechne czy aby pobór składki ubezpieczeniowej był skuteczny? Wiadomo, że nie można skutecznie realizować wielu, często wykluczających się, celów. Należy zatem dokonać jawnego określenia celów i wyboru priorytetów systemu. Pomóc w tym może przyjęcie *mierników sprawności systemu ochrony zdrowia*, choć z punktu widzenia logiki, to cele powinny być wyznaczone jako pierwsze. Jednak, jak pokazują doświadczenia (WHO, 2000), definiowanie celów czasem zaczyna się od próby oceny działania systemu.

2. Refleksja na temat możliwości systemu

Projektując mierniki, należy się zastanowić, na co może mieć wpływ oceniany podmiot czy organizacja. Co do zasady, nie ma uzasadnienia ujmowanie w zestawie takich mierników, których nie można poprawić w drodze usprawnienia zarządzania i funkcjonowania systemu.

3. Nawiązanie współpracy wielu interesariuszy

Tworzenie systemu mierników, ich dobór, nadawanie wag miernikom syntetycznym, walidacja itp. jest powodem nawiązania współpracy przedstawicieli różnych interesariuszy systemu ochrony zdrowia. Ocena systemu i dyskusja nad wynikiem oceny dokonywana jest na bieżąco przez osoby o odmiennych poglądach, co prowadzi do wymiany zdań, również na tematy zasadnicze, takie jak cel działania systemu ochrony zdrowia.

4. Przypisywanie odpowiedzialności

Za realizację celów systemu ochrony zdrowia odpowiadają poszczególne grupy zawodowe, osoby i organizacje. Na całym środowisku spoczywa odpowiedzialność w dwóch wymiarach:

1. w skali makro – za ogólny kształt systemu i stopień, w jakim spełnia on najszersze oczekiwania

2. w skali mikro – za własną dziedzinę aktywności, wąski odcinek pracy, na którym działa dana osoba/organizacja.

Określenie *mierników sprawności systemu ochrony zdrowia* pozwala określić obszar i przypisać odpowiedzialność za osiąganie założonych celów/wskaźników w systemie.

5. Stała poprawa jakości

Mierniki stosowane regularnie pozwalają wpływać na jakość pracy poszczególnych elementów systemu, grup zawodowych i organizacji. Niektóre, ogólne *mierniki sprawności systemu ochrony zdrowia* stosowane na poziomie makro mogą być uszczegóławiane i stosowane na poziomie zarządzania poszczególnymi podmiotami lub procesami. Te z kolei, które stanowią próbkę do opisu szerszego zjawiska na poziomie mikro mogą być uzupełniane o kolejne, uzupełniające mierniki.

Mierniki mogą mieć charakter statyczny, oddający obraz danego zjawiska w danym punkcie czasu, ale również dynamiczny, pokazujący postęp (lub regres) w zakresie danego zjawiska w określonym czasie.

6. Śledzenie postępów

Zarówno mierniki statyczne, jak i dynamiczne, obserwowane przez kolejne lata, pozwalają zidentyfikować organizacje (np. województwa, szpitale), gdzie notowany jest postęp oraz te, gdzie pozostaje jeszcze wiele do zrobienia. Porównanie skali zmian obserwowanych w określonym czasie pozwala ocenić, na ile osiągane są możliwe do osiągnięcia rezultaty, a na ile sytuują się poniżej możliwości.

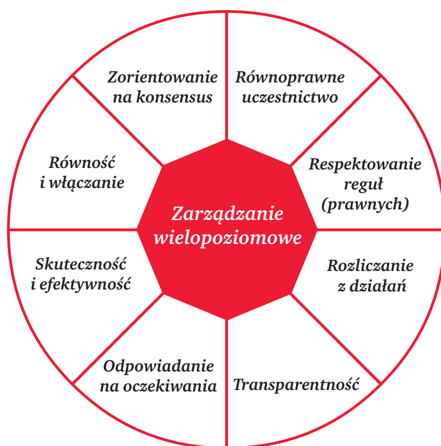
7. Komunikacja i promocja

Mierniki sprawności systemu ochrony zdrowia ostatecznie wykorzystywane są do informowania właściwych podmiotów o stanie rzeczy oraz o postępach w osiąganiu przyjętych celów. Do najważniejszych podmiotów należy rząd oraz jego agendy, środowisko zawodowe oraz społeczeństwo kraju lub poszczególnych regionów.

Mierniki sprawności w procesie zarządzania

Mierniki sprawności znajdują szczególne zastosowanie w wypadku zarządzania wielkimi organizacjami lub systemami organizacji. Instytucje tego rodzaju bywają podmiotem tzw. governance. Pojęcie governance tłumaczone jest na język polski jako zarządzanie wielopoziomowe, zintegrowane; tzw. good governance, co utożsamiane jest z zarządzaniem w sferze publicznej.

Zarządzanie wielopoziomowe



Źródło: opracowanie własne na podstawie The United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP)

Koncepcja zarządzania wielopoziomowego wyróżnia się włączaniem różnych aktorów (interesariuszy), działających na różnych obszarach i mających zróżnicowane możliwości oddziaływania.
W odniesieniu do sfery organizacji prywatnych (przedsiębiorstw i organizacji non-profit) pojęcie *governance* wiąże się z partycypacyjnym podejściem do procesów zarządzania, uznaniem autonomii jednostek w organizacji, zarządzaniem przez cele i delegowaniem odpowiedzialności. Podstawą koncepcji zarządzania wielopoziomowego jest konstatacja, że postęp i osiąganie celów wymaga zaangażowania wielu aktorów/interesariuszy i uwzględniania ich motywacji w procesie zarządzania, co jest czynnikiem zwiększającym szanse na odniesienie sukcesu.

W połowie lat 80. XX w. publiczne systemy ochrony zdrowia w krajach rozwiniętych działały na dwa różne sposoby albo jako zespoły indywidualnych organizacji realizujących swoje ekonomiczne cele, często w środowisku konkurencji i walki rynkowej (np. USA), albo jako systemy organizacji publicznych powiązanych zależnościami wertykalnymi, realizujące zadania narzucane przez organy administracji (np. Wielka Brytania) (Healy, J. McKee M., 2002). W tym okresie czasu podejmowano pewne próby koordynacji funkcjonalnej opieki realizowanej na różnych poziomach, zwłaszcza opieki szpitalnej i ambulatoryjnej. W Europie częściej dokonywano integracji organizacyjnej i podporządkowania jednych organizacji drugim. W USA integracja i współpraca była zestawiana doraźnie i powodowana chęcią osiągnięcia przewagi konkurencyjnej pewnej grupy organizacji. Pomimo Deklaracji z Ałma Aty z 1978 roku, która podkreślała rolę podstawowej opieki zdrowotnej w systemach ochrony zdrowia, działania podejmowane w tym kierunku były mało konsekwentne (Saltman, Rico i Boerma , 2006).

Podobnie działo się w wypadku dyskusji na temat lepszego zintegrowania opieki nad przewlekle chorymi i osobami starszymi. Koncepcje integracji opieki były ciągle dyskutowane, ale praktyka nadal toczyła się odrębnym torem (Nolte, E. and M. McKee, 2008).

Duże zmiany organizacyjne w zarządzaniu systemem opieki zdrowotnej rozpoczęły się pod koniec lat 80. XX w. (Szwecja) i na początku lat 90. XX w. (Anglia), a ich głównym motywem była efektywność i jakość świadczonych usług (Saltman, R.B. Figueras J., 1997). W ramach tych przedsięwzięć zaczęto sięgać po nowe strategie zarządcze, zaczerpnięte z sektora prywatnego, zogniskowane na uelastycznieniu zasad udzielania świadczeń, stymulowaniu większej autonomii instytucjonalnej i efektywnej integracji różnych rodzajów świadczeń. Początkowo reformy te budziły silne protesty, zwłaszcza wśród obrońców tradycyjnego systemu publicznego (Pollack, A., 2004), z czasem jednak zmiany okrzepły i wniosły zauważalną poprawę działania systemów ochrony zdrowia (Saltman, R.B., 2009).

W tym czasie również szereg nauk społecznych (np. socjologia, ekonomia, nauki polityczne, administracja publiczna, zarządzanie, teoria organizacji) starało się przedstawić swój własny, teoretyczny pogląd na zjawisko *governance* w sektorze publicznym. Wysiłki podejmowane przez te środowiska spowodowały przekształcenie pojęcia *governance* w szerszą koncepcję, głównie odnoszącą się do działań podejmowanych w sektorze publicznym. Obecnie wiele publikacji w dziedzinie polityki społecznej odnosi się do ogólnego pojęcia *governance*. *Governance* kontrastowane jest z tradycyjnymi sposobami organizacji i zarządzania państwem wywodzącymi się jeszcze z początków XX wieku.

Tabela 1 zestawia strukturalną charakterystykę tradycyjnego weberowskiego biurokratycznego państwa (z czasów tuż po II wojnie światowej), które stanowiło w wielu aspektach podłoże formalne zarządzania systemami ochrony zdrowia w Europie, ze znacznie bardziej rozproszonym układem władzy i kompetencji, który wyłonił się w formie nowego, postmodernistycznego państwa (z czasów po zakończeniu zimnej wojny).

Tabela 1. Charakterystyka państw biurokratycznych i postmodernistycznych

Weberowskie państwo biurokratyczne	Państwo postmodernistyczne
Rządzenie	Zarządzanie wielopoziomowe (governance)
Hierarchia	Heterarchia (sieci, itp.)
Władza (1): gra o sumie zerowej	Władza (1): gra o sumie dodatniej
Władza (2): skoncentrowana	Władza (2): rozproszona
Elitystyczne	Pluralistyczne
Jednolite, scentralizowane, monolityczne państwo	Zdecentralizowane, „sfragmentaryzowane" państwo
Silna centralna władza wykonawcza	Segmentowa władza wykonawcza
Wyraźne linie odpowiedzialności	Niewyraźne/nieostre linie odpowiedzialności
Centralna kontrola państwa	Centralne sterowanie państwa
Jednolity, homogeniczny etos sektora publicznego	Heterogeniczna kultura służby publicznej

Źródło: (Richards D., Smith M.J., (2002))

Postmodernistyczne podejście do zarządzania państwem ma bezpośredni wpływ na kształtowanie polityki i podejmowanie decyzji w publicznym systemie ochrony zdrowia w Europie.

W pierwszym dziesięcioleciu reformowania sektora ochrony zdrowia, w latach 90. XX w. badania koncentrowały się na zdolności poszczególnych reform do poprawy ogólnych wyników działania systemu ochrony zdrowia w obszarze równości, efektywności i konkurencyjności (Robinson, R. LeGrand, J. eds., 1994). Ostatnio badacze zajmujący się polityką zdrowotną zaczęli poddawać ocenie oddziaływanie ukierunkowanych procesowo ram kierujących i zarazem nakreślających granice zmian w sektorze zdrowia (WHO, 2000) (Mossialos, E., Permanand, G., Baeten, R., and T.K. Hervey,eds.,).

W państwie postmodernistycznym źródłem władzy nie jest siła i hierarchia, lecz przywództwo. Jest ono wzmacniane, co oczywiste, regulacjami prawnymi, lecz jednocześnie wymaga charyzmy, wizji i poddawane jest raz po raz weryfikacji, czy to demokratycznej czy to medialno-społecznej. Osiąganie postępu, inicjowanie i kierowanie zmianami w takim środowisku wymaga zdolności perswazji, zdolności do mobilizowania wysiłku wielu interesariuszy, a także empatii i akceptacji różnorodności priorytetów. Do mobilizowania opinii publicznej oraz szerokich gremiów zawodowych wokół określonych celów służą publicznie negocjowane i ogłaszane plany i strategie, a także narzędzia monitorowania postępu w formie *mierników sprawności systemu ochrony zdrowia*.

Doświadczenia międzynarodowe w zakresie mierników sprawności systemu ochrony zdrowia

W ciągu ostatnich dwudziestu lat w wielu krajach uruchomiono procesy oceny sprawności systemu ochrony zdrowia jako element zarządzania nim.

Część z tych procesów koncentrowała się na jakości i sprawności poszczególnych placówek medycznych (Joint Commission, 2014), część jednak oceniała sprawność całych systemów, złożonych z wielu organizacji i instytucji, działających na określonym obszarze. Tego typu mierniki sprawności przedstawiono w tabeli 2.

Jak można zauważyć, istnieje wiele inicjatyw tego rodzaju na poziomie międzynarodowym, gdzie podmiotem oceny jest określony obszar/region wraz z działającymi tam organizacjami. Podejście takie wynika w szczególności z założenia, że, co prawda, poszczególne działania w systemie ochrony zdrowia podejmowane są przez poszczególne organizacje, a nawet osoby, lecz efekt, który wyraża się wielkością odpowiedniego wskaźnika, zależy najczęściej od ich sumy.
Na przykład wskaźnik śmiertelności w danej grupie chorób mierzy liczbę osób zmarłych, tym samym teoretycznie mógłby stanowić miernik jakości opieki prowadzonej w danym szpitalu. Częściej jest jednak zależny od stanu zdrowia pacjentów przyjmowanych do szpitala (w tym jakości opieki przedszpitalnej), zachowań społecznych (wybór miejsca między domem a szpitalem), a także roli danego szpitala w lokalnym systemie ochrony zdrowia. Byłoby bardzo szkodliwe ocenianie szpitali przez pryzmat liczby zgonów, bez uwzględnienia powyższych czynników (tzw. adaptacja do ryzyka, risk-adjustment).

Tabela 2. Inicjatywy oparte na koncepcji mierników sprawności (performance measure)

Nazwa projektu	Organizacja	Skala pomiaru	Pierwszy raport
Health for All 2000	World Health Organization	Kraje członkowskie	1981
Health systems performance 2000	World Health Organization	Kraje członkowskie	2000
Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)	World Health Organization, Kopenhaga	Kraje członkowskie	2004
European Community Health Indicators	Komisja Europejska	Kraje członkowskie	2003
Australia's National Health Performance Committee's Framework	Australian Institute of Health and Welfare	Terytoria	2004
Canadian Institute For Health Information's Performance Framework	Canadian Institute for Health Information	Regiony	2005
The National Indicator Project, Dania	Ministerstwo Zdrowia wraz z organizacjami samorządowymi	Powiaty	2000
De Zorgbalans (Netherlands National Health Care Report) (Holandia)	National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)		2005
NHS High-Level Performance Framework (Wielka Brytania)	Department of Health	Regiony	1999
US National Healthcare Quality Report	US Department of Health and Human Services	Stany	2005
Health Care Quality Indicators Project	OECD	Kraje członkowskie	2007
Euro Health Consumer Index	Health Consumers Powerhouse	Szwecja, EU	2005

Źródło: (Richards D., Smith M.J., (2002))

Jak można zauważyć, pierwsze szerzej znane próby wykorzystania mierników sprawności miały miejsce jeszcze w latach 80-tych XX wieku. W dokumencie *Health for All*, Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 1999), podano zestaw ok. 20 celów do osiągnięcia do roku 2000. Cele zostały wyposażone we wskaźniki ich osiągania, które tym samym stały się miernikami sprawności systemów ochrony zdrowia. Program HFA stał się następnie podstawą formułowania na poziomie krajów odpowiednich lokalizowanych dokumentów; w Polsce stał się nim Narodowy Program Zdrowia (NPZ) (Ministerstwo Zdrowia, 2007), także wyposażony w zestaw wskaźników, które okresowo są sprawozdawane do Ministerstwa Zdrowia.

O rozczarowująco małej roli NPZ w Polsce napisano już wiele; warto jedynie zauważyć, że zupełnie nieznane są i nieużywane wskaźniki, które opisują w jakim stopniu cele NPZ są osiągane. Nawet publikowane opracowania (Szymborski J. (ed.), 2012), mają minimalny wydźwięk społeczny i wydają się zupełnie nie wpływać na politykę zdrowotną.

Raport zdrowotny 2000

Ważnym krokiem w praktyce stosowania mierników sprawności systemu ochrony zdrowia na skalę światową była inicjatywna WHO (WHO, 2000), zawarta w dokumencie Health Report 2000.

W dokumencie tym po raz pierwszy zaproponowano ocenę systemów ochrony zdrowia na świecie i przedstawił ranking ponad 180 krajów. Aby to było możliwe, przedstawiciele WHO musieli najpierw określić cele i wartości, na podstawie których były oceniane systemy wszystkich krajów. Ponieważ spektrum priorytetów, wartości i zasad w takiej skali jest niezwykle szerokie, cele musiały być bardzo uniwersalne, a mimo to wzbudzały protesty przedstawicieli poszczególnych krajów.

W efekcie za uniwersalne cele systemów krajowych uznano:

1. zdolność do poprawy stanu zdrowia populacji,
2. zdolność do zaspokajania uniwersalnych oczekiwań pacjentów (*responsiveness*),
3. sprawiedliwe obciążanie poszczególnych grup społecznych kosztami systemu (*fairness*).

Zdolność do poprawy stanu zdrowia jest naturalnym kryterium oceny systemu ochrony zdrowia, chociaż jak wiadomo, stan zdrowia w znacznej mierze zależy od czynników leżących poza systemem ochrony zdrowia. Do oceny stanu zdrowia eksperci WHO zdecydowali się użyć nowej syntetycznej miary – *Disability Adjusted Life Expectancy* (DALE). DALE jest fuzją rozpowszechnionego wskaźnika spodziewanej długości życia (*life expectancy*, LE), oraz mierników (występowania) niesprawności. Obok średniej wartości DALE w populacji kraju do oceny przyjęto również zróżnicowanie społeczne w osiąganiu tej wartości, traktowane jako wyraz stopnia nierówności w zdrowiu.

Więcej dyskusji wzbudzało wprowadzenie osi oceny o nazwie *responsiveness*. Pojęcie to oznacza stopień odpowiedzi na potrzeby pozazdrowotne mieszkańców danego kraju. Wskaźnik ten określono na podstawie wywiadów z respondentami uznanymi za „poinformowanych" co do sytuacji w danym kraju, a ocena dotyczyła takich elementów, jak: poszanowanie godności pacjenta (16.7%), poufność w relacjach z pacjentem (16.7%), autonomia decyzji pacjenta (16.7%), które razem stanowiły dział szacunku dla pacjenta. Drugi dział – orientacja konsumencka, składał się z takich elementów, jak: odpowiednia uwaga (20%), jakość infrastruktury (15%), dostęp do pomocy (10%) oraz wybór świadczeniodawcy (5%).

Trzecią osią oceny była sprawiedliwość w ponoszeniu ciężarów finansowych. Jak wiadomo, systemy ochrony zdrowia utrzymywane są dzięki finansowemu wysiłkowi obywateli, czy to w formie opłacania podatków i obowiązkowych składek (finansowanie publiczne) czy też w formie wydatków bezpośrednich na usługi lub prywatne polisy ubezpieczeniowe. Wskaźnik obrazował, w jakim stopniu obciążenie z tytułu utrzymania krajowego systemu ochrony zdrowia jest rozłożone na gospodarstwa domowe o różnych dochodach. Eksperci WHO uznali, że jedną z zasadniczych wartości/kryteriów oceny systemu powinna być redystrybucja kosztów utrzymania systemu, czyli proporcjonalnie większe obciążenie gospodarstw zamożnych niż ubogich.

Wpływ raportu na system ochrony zdrowia poszczególnych krajów był ogromny. Na przewodniczącą WHO Gro Harlem Brundtland oraz głównego architekta systemu oceny Christopher'a Murray'a spadła ogromna fala krytyki. Niektóre z ocenianych krajów protestowały przeciw niesprawiedliwie złej ocenie (np. USA, z największymi nakładami, dopiero na 37. miejscu, Polska na 50.). We Francji zaskakująco dobre wyniki spowodowały opóźnienie wprowadzenia planowanych reform za czasów premiera Lionel'a Jospin'a. Kontrowersje te nie zmieniły sytuacji – WHO w dalszym ciągu dokonuje pomiarów wymienionych wskaźników, które są punktem odniesienia globalnej polityki zdrowotnej.

Ranking EHCI opracowywany jest na podstawie ogólnodostępnych danych statystycznych, ankiet wypełnianych przez pacjentów oraz niezależnych badań, prowadzonych przez twórców rankingu.

Euro Health Consumer Index

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (Euro Health Consumer Index, EHCI) (EHCI, 2005-2013) to standardowy ranking, porównujący system ochrony zdrowia w krajach europejskich.

EHCI powstał w roku 2004 jako prywatna inicjatywa Johan'a Hjertqvist'a, założyciela i właściciela szwedzkiej spółki *Health Consumer Powerhouse* (HCP). Inicjatywa ta z czasem zyskała silne wsparcie instytucji biznesowych oraz publicznych, w tym Komisji Europejskiej.

Na przestrzeni lat EHCI ewoluował i stopniowo się rozwijał. Pierwszy ranking w roku 2005 składał się z 20 wskaźników podzielonych na 5 poddyscyplin:

1. Prawa pacjenta i informacja,

2. Dostępność (czas oczekiwania),

3. Wyniki (leczenia),

4. Otwarcie na konsumenta,

5. Farmaceutyki.

Wśród wskaźników służących ocenie systemu ochrony zdrowia znalazły się znane i klasyczne takie jak śmiertelność wczesna (<28 dni) w zawale serca oraz poziom refundacji leków na receptę. Ale pojawiły się też nowe np. stanowisko kraju wobec dyrektywy usługowej (poprzedniczki tzw. dyrektywy transgranicznej UE) oraz istnienie ogólnokrajowego informatora i rankingu świadczeniodawców.

Po 8 latach, w roku 2013 [Björnberg 2013] użyto już 48 wskaźników podzielonych na 6 poddyscyplin:

1. Prawa pacjenta i informacja, zawierające m.in. prawo do zasięgania drugiej opinii, informacja konsumencka przez 24 godz. 7 dni w tygodniu, zasięg elektronicznej dokumentacji medycznej,

2. Dostępność (czas oczekiwania), m.in. bezpośredni (bez skierowań) dostęp do specjalistów, rozpoczęcie terapii nowotworowej w czasie krótszym niż 21 dni, uzyskanie badania TK w czasie krótszym niż 7 dni,

3. Wyniki (leczenia), takie jak: śmiertelność w nowotworach, liczba utraconych lat życia, wskaźnik aborcji

4. Zakres i dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, w tym: liczba przeszczepów nerek, dostępność dentystyki w systemie publicznym, dostęp do opieki długoterminowej dla osób starszych,

5. Prewencja, w tym: rozpowszechnienie nadciśnienia, palenia, spożycie alkoholu, niezdiagnozowana cukrzyca, szczepienia HPV,

6. Farmaceutyki: poziom refundacji leków na receptę, dostęp do nowych leków przeciwnowotworowych, dostęp do nowych leków na schizofrenię.

Ranking EHCI opracowywany jest na podstawie ogólnodostępnych danych statystycznych, ankiet wypełnianych przez pacjentów oraz niezależnych badań prowadzonych przez twórców rankingu. Jak podkreślają twórcy, ranking tworzony jest z punktu widzenia konsumenckiego i nie powinien być traktowany jako ocena systemu ochrony zdrowia, a jedynie jako jego konsumencki wymiar. W ten sposób w rankingu nie znajdują się elementy charakterystyczne dla koncepcji zdrowia publicznego (choć niektóre wskaźniki w poddyscyplinie wyniki leczenia można by połączyć ze zdrowiem publicznym), nie ma także aspektu równości, akcentowanego przez WHO (patrz: wyżej) czy efektywności.

Od kilku lat Polska w rankingu EHCI plasuje się na najniższych pozycjach w Europie, co każdorazowo stanowi przyczynek do szerokiej dyskusji na temat kondycji polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Krajowe systemy oceny sprawności ochrony zdrowia

Istnieje wiele krajowych inicjatyw w zakresie mierników sprawności. Część z nich została wymieniona w tabeli 2. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) podsumowała ich cechy i podjęła działania w ramach własnego projektu *Health Care Quality Indicators* (HCQI) (Kelley E, Hurst J, 2006), a także określiła kilkanaście cech wspólnych systemów mierników sprawności ochrony zdrowia, wartości i kompetencji, które zostały uznane w poszczególnych systemach za ważne i godne wsparcia.

Tabela 3. Koncepcje i idee stanowiące punkt odniesienia do oceny

	UK	Kanada	Australia	USA	EHCI	WHO HFA	WHO HF2000	WHO PATH	OECD
Akceptacja społeczna		+					+		
Dostępność	+	+	+	+		+			
Adekwatność		+	+						+
Potencjał	+								+
Kompetencje	+	+	+						
Ciągłość opieki		+	+						
Skuteczność	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Efektywność (w tym kosztowa)		+	+	+			+		
Równość		+	+	+		+	+		
Jakość konsumencka (*responsiveness*)	+	+		+			+		
Bezpieczeństwo		+	+	+					+
Stabilność/trwałość			+						
Szybkość działania	+			+					

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD

Najczęściej oceniane wymiary działalności systemów, a tym samym wspierane wartości, to:

1. skuteczność – zdolność do osiągania poprawy w danej dziedzinie ochrony zdrowia, mierzonej wskaźnikami stanu zdrowia. Skuteczność można mierzyć wskaźnikami efektu (outcome measures), lecz z powodu odroczenia efektów wobec podejmowanych działań (np. efekty leczenia nowotworów widoczne są dopiero po 5 latach od rozpoczęcia leczenia, tzw. 5-letnie przeżycie) jako miernik skuteczności bywają używane wskaźniki procesu (Donabedian A, 1980-1985).

2. bezpieczeństwo – stopień, w jakim udaje się uniknąć niebezpieczeństwa powikłań i efektów ubocznych terapii podejmowanych w placówkach opieki zdrowotnej.

3. jakość konsumencka (responsiveness) – stopień, w jakim system odpowiada na uzasadnione pozamedyczne potrzeby pacjentów. Zwykle w tym zakresie wykorzystywane są wskaźniki satysfakcji pacjentów lub cechy, o których wiadomo, że wpływają na pozytywną ocenę opieki zdrowotnej przez pacjentów, a nieodnoszące się bezpośrednio do jakości klinicznej.

4. dostępność – łatwość, uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej przez pacjentów Dostępność oraz jej przeciwieństwo w formie barier dostępu (*hurdles*) mogą mieć wymiar prawny, fizyczny (geograficzny), finansowy, psychologiczny itp.

5. równość – najczęściej analizowana jako równość dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (patrz wyżej) lub równość stanu zdrowia, mierzona w formie wskaźników obrazujących różnice w tych aspektach, występujących między grupami społecznymi, definiowanymi z punktu widzenia ich zamożności, wykształcenia, miejsca zamieszkania itp.

6. efektywność – relacja między osiąganymi efektami a przeznaczanymi na nie zasobami. Zasoby najczęściej mierzone są wartościami monetarnymi, ale można je mierzyć również ilością, wielkością infrastruktury, liczbą personelu itp.

Kanada

Autorem kanadyjskiego systemu oceny sprawności ochrony zdrowia jest *Canadian Institute For Health Information* (CIHI), będący instytucją publiczną. Obecny system oceny ma swoje początki w inicjatywie *Statistics Canada Health Indicators Framework* z roku 1999 (Health Indicators 2013, 2013). W systemie oceny sprawności podmiotem oceny jest prowincja (10 prowincji w kraju) posiadająca autonomiczny system ochrony zdrowia.

Obecny kształt indeksu oceny, tzw. *Performance Framework* wyróżnia cztery obszary:

1. Społeczne determinanty zdrowia – na przykład: wskaźnik otyłości w populacji prowincji, odsetek osób palących,

2. Cechy i zasoby systemu ochrony zdrowia. W ramach tej kategorii znajdują się takie wskaźniki, jak: wydatki na ochronę zdrowia (standaryzowane do wieku), efektywność alokacyjna (wydatki administracyjne do reszty), a także odsetek znieczuleń zewnątrzoponowych w przebiegu porodu,

3. Produkty systemu ochrony zdrowia rozumiane m.in. jako wskaźniki czasu oczekiwania na różne rodzaje usług zdrowotnych, a także 30-dniowe readmisje u pacjentów placówek psychiatrycznych, wewnątrzszpitalne złamania szyjki kości udowej, zmiana (spadek) liczby osób w stacjonarnej opiece długoterminowej, odsetek pacjentów z odleżynami (stadium 2–4) wśród pacjentów w opiece długoterminowej, śmiertelność wczesna (30-dniowa) w zawale serca. 30-dniowe readmisje z różnych powodów,

4. Wyniki działania systemu ochrony zdrowia – m.in. liczba (przedwczesnych) zgonów do uniknięcia z różnych powodów, spodziewana długość życia, satysfakcja pacjentów oraz efektywność ekonomiczna.

Australia

Ocenie sprawności systemu ochrony zdrowia w Australii patronuje *Australian Institute of Health and Welfare*, a jego początki sięgają roku 1999, kiedy to utworzony został *National Health Performance Committee* (NHPC) (AIHW, 2014), który stał się odpowiedzialny za projekt systemu oceny ochrony zdrowia. System oceniany jest przez wskaźniki sprawności odnoszone do terytoriów, na które podzielona jest Australia.

Stosowany schemat oceny dzieli się na trzy dziedziny:

1. Stan zdrowia:

1. wskaźniki oparte na statystyce umieralności, takie jak spodziewana długość życia, wskaźniki umieralności, umieralność przedwczesna (zgony do uniknięcia), umieralność noworodków,

2. wskaźniki oparte na innych stanach zdrowotnych, takie jak zapadalność na nowotwory, zapadalność na cukrzycę II typu, zapadalność na niektóre choroby zakaźne, ubytki słuchu u dzieci.

2. Determinanty zdrowia:

1. czynniki biomedyczne, takie jak otyłość, niska waga urodzeniowa

2. czynniki socjoekonomiczne, takie jak niska waga urodzenia w grupach społecznych,

3. czynniki środowiskowe, takie jak hospitalizacje z powodu przypadkowych zatruć i urazów

4. czynniki behawioralne, takie jak odsetek palących, odsetek korzystających z badań przesiewowych (w kierunku raka piersi, szyjki macicy), ciąże nastolatków, ryzykowne picie alkoholu, ryzykowne zachowania seksualne.

3. Sprawność systemu opieki zdrowotnej:

1. wskaźniki dostępności – zawierające odsetek dzieci w wieku 4 lat z pełnym bilansem zdrowia, odsetek uczestnictwa w badaniach przesiewowych, odsetek pacjentów ze schorzeniami psychiatrycznymi leczonych środowiskowo, liczba usług dentystycznych, readmisje po zabiegach chirurgicznych, rezygnacje z leczenia z powodów finansowych, czas oczekiwania na wybrane zabiegi, odsetek osób z astmą z pisemnym planem leczenia,

2. efektywność opieki, w ramach której znajdują się wskaźniki, jak nakłady inwestycyjne, proporcje nakładów na badania i rozwój, odsetek cukrzyków z HbA_{1c} poniżej 7%, wybrane hospitalizacje do uniknięcia (np. w POChP), 5-letnie przeżycie w chorobach nowotworowych, readmisje itp.,

3. jakość konsumencka, w tym satysfakcja pacjentów, odsetek pacjentów z pisemnym planem leczenia w wybranych schorzeniach,

4. bezpieczeństwo pacjentów, w tym upadki ze złamaniami w opiece stacjonarnej, zakażenia gronkowcem złocistym i innymi wybranymi patogenami, uboczne skutki działania leków podanych w szpitalach, odleżyny.



Holandia

Ocena systemu ochrony zdrowia w Holandii prowadzona jest przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska (RIVM), czyli narodową jednostkę badawczą, zajmującą się zdrowiem publicznym. Pierwsze założenia systemu oceny zostały sformułowane w latach 2000–2001 i miały odpowiedzieć na potrzebę rzetelnej informacji na temat stanu systemu ochrony zdrowia, kierowanej do niższej izby holenderskiej parlamentu, organizacji Unii Europejskiej, organizacji międzynarodowych oraz krajowej opinii publicznej. W tym ostatnim wypadku chodziło o podanie informacji w sposób interesujący i przystępny. Wśród uzasadnień stworzenia systemu oceny ochrony zdrowia, na czołowym miejscu znalazło się to, które mówi o roli rządu w zakresie zarządzania strategicznego, wyznaczania kierunków i monitorowania postępów w środowisku złożonym z wielu niezależnie od siebie działających organizacji (samorządy, kasy chorych, organizacje pozarządowe itp.). Założono, że w systemie powinny się znaleźć wskaźniki oceniające jakość, dostęp oraz koszty holenderskiego systemu ochrony zdrowia.

Obecnie raporty oceny sprawności systemu ochrony zdrowia w Holandii wydawane są co cztery lata. Składają się ze 125 wskaźników pogrupowanych w następujących dziedzinach:

Jakość opieki:

1. Efektywność prewencji – wskaźniki uczestnictwa w badaniach przesiewowych (w kierunku raka piersi i szyjki macicy), zaszczepienia dzieci, palenia, otyłości, picia alkoholu oraz umieralności niemowląt,

2. Efektywność leczenia – zgodność preskrypcji z zaleceniami Kolegium Lekarzy Rodzinnych, śmiertelność wczesna w zawałach serca, udarach mózgu, niektórych nowotworach (rak piersi, jelita grubego), wskaźnik operacji złamanej szyjki kości udowej w 24 godziny po złamaniu,

3. Efektywność opieki długoterminowej – opinie pacjentów i bliskich o doświadczeniach w opiece długoterminowej, jakość życia pielęgniarek i opiekunek, niekorzystne zdarzenia w stacjonarnej opiece długoterminowej (upadki, odleżyny), liczba ośrodków z całodobową opieka lekarską,

4. Bezpieczeństwo pacjentów – odsetek błędów medycznych u pacjentów z chorobami przewlekłymi, standaryzowana śmiertelność wewnątrzszpitalna, wskaźniki zakażeń wewnątrzszpitalnych, liczba powikłań po przetoczeniach krwi,

5. Jakość konsumencka (responsiveness) – opinie pacjentów o adekwatności otrzymywanej informacji, czasie poświęconym przez lekarza, zaangażowaniu w podejmowanie decyzji terapeutycznej itp.,

6. Koordynacja i współpraca w opiece – odsetek chorych doświadczających problemów z koordynacją opieki, odsetek świadczeniodawców dostarczających dane do elektronicznego systemu dokumentacji medycznej.

Dostęp do opieki:

1. Dostępność finansowa, w tym odsetek osób bez ubezpieczenia, odsetek chorych przewlekle, którzy musieli zrezygnować z opieki/leków z powodów finansowych, wydatki własne pacjentów na opiekę zdrowotną i ich struktura,

2. Dostępność geograficzna, w tym odsetek osób, które muszą jechać ponad 20 minut do lekarza POZ, apteki, na rehabilitację, ponad 30 min do najbliższego szpitala,

3. Dostępność czasowa, w tym odsetek osób uznających czas oczekiwania za zbyt długi, dostęp telefoniczny do lekarza POZ, liczba oczekujących na miejsce w opiece długoterminowej, na przeszczep organu,

4. Dostęp do personelu, w tym liczba nieobjętych stanowisk pracy lekarza, pielęgniarki itp., wskaźnik absencji w ochronie zdrowia, liczba lekarzy i pielęgniarek na populację,

5. Wolność wyboru, w tym liczba osób z problemem zapisu do lekarza POZ, liczba osób z własnym budżetem na opiekę, liczba zmieniających ubezpieczyciela.

Wydatki i wydajność:

1. Trendy w wydatkach, w tym wydatki ogółem, jako odsetek PKB, dynamika, główne kierunki przepływu środków finansowych,

2. Wydajność (efektywność kosztowa), w tym wydatki w stosunku do spodziewanej długości życia, liczby zgonów do uniknięcia, hospitalizacje do uniknięcia (w chorobach przewlekłych), zróżnicowanie w praktyce klinicznej (w stosowaniu określonych terapii, w poszczególnych schorzeniach),

3. Sytuacja finansowa organizacji opieki zdrowotnej, w tym placówek, ubezpieczycieli.



Wielka Brytania

Praktyka monitorowania wskaźników sprawności systemu ochrony zdrowia od wielu lat funkcjonuje w Wielkiej Brytanii. Nowe otwarcie w tym zakresie rozpoczęło się wraz z rządami premiera Camerona dokumentem pt. *Liberating the NHS*, w którym dokonano reorientacji w zakresie obserwowanych wskaźników. W rezultacie tej zmiany, w roku 2010 zaczęto opracowywać oraz negocjować publicznie dokument pt. *The NHS Outcomes Framework* (Department of Health, 2013), który zawierał podstawy ideologiczne oraz techniczne narzędzi oceny sprawności działania systemu ochrony zdrowia. Należy przy tym zaznaczyć, że *NHS Outcomes Framework* stanowił jeden z trzech powiązanych ze sobą obszarów oceny ochrony zdrowia (NHS), opieki społecznej nad dorosłymi oraz zdrowia publicznego.

System oceny NHS:

1. Efektywność:

Dziedzina 1
Zapobieganie przedwczesnym zgonom – wskaźniki zgonów do uniknięcia (poniżej 75 lat) z powodów kardiologicznych, oddechowych oraz nowotworowych, zgonów niemowląt i noworodków.

Dziedzina 2
Poprawa jakości życia u osób z przewlekłymi stanami/schorzeniami – wskaźniki QALY (EQ-5D) dla schorzeń przewlekłych, percepcja wsparcia wśród osób przewlekle chorych, zatrudnienie niepełnosprawnych, w tym umysłowo, hospitalizacje do uniknięcia w chorobach przewlekłych (cukrzyca, astma, padaczka itp.).

Dziedzina 3
Pomoc osobom w rehabilitacji po chorobie i urazach – wskaźniki przyjęć w trybie nagłym, readmisji, wskaźniki satysfakcji (PROM) z opieki w poszczególnych obszarach, nagłe przyjęcia z powodu zachorowań dzieci, odsetek osób skutecznie rehabilitowanych.

2. Doświadczenia pacjentów:

Dziedzina 4
Zapewnienie pozytywnych doświadczeń związanych z opieką – bezpieczeństwo: wskaźniki satysfakcji z opieki w poszczególnych obszarach, czas dostępu do lekarza POZ, dentysty itp.

Dziedzina 5
Leczenie i opieka nad ludźmi w bezpiecznym otoczeniu, zapobiegające możliwym do uniknięcia zdarzeniom – wskaźniki zakrzepicy żylnej wewnątrzszpitalnej, zakażeń szpitalnych, odleżyn, przyjęcia dzieci z powodu złej opieki (w tym przemocy).

Wskaźniki prezentowane są w różnych układach, w szczególności międzyregionalnym, powiatowym wg wieku, grupy społecznej, etnicznej, płci, religii itp.

Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia



Opierając się na doświadczeniach międzynarodowych oraz potencjale systemu informacyjnego ochrony zdrowia w Polsce, autorzy niniejszego opracowania zaproponowali pierwszą edycję polskiego Krajowego indeksu sprawności ochrony zdrowia.

Główne założenia leżące u podstaw *Indeksu:*

Ocena wartości pożądanych w systemie

Indeks jest złożony ze wskaźników reprezentujących i oceniających pewien wybór wartości i cech pożądanych w systemie ochrony zdrowia.

Ocena na poziomie wojewódzkim

Indeks jest tworzony jako badanie porównawcze (*benchmark*) między województwami. Poszczególne wskaźniki odpowiadają na pytanie, w którym województwie system ochrony zdrowia działa lepiej, a w którym gorzej w danej dziedzinie.

Ocena zjawiska, a nie organizacji

Większość prezentowanych wskaźników zależy od działania wielu czynników, wielu okoliczności, a nie pojedynczej organizacji czy osoby. Indeks poddaje zatem ocenie zjawiska, a nie określone organizacje czy instytucje.

Wskaźniki selektywne, ale reprezentatywne

Indeks złożony z kilkudziesięciu wskaźników ma na celu dokonanie opisu bardzo złożonego systemu. Siłą rzeczy wskaźniki mają charakter selektywny, jednak powinny być reprezentatywne dla opisywanego wymiaru działania systemu.

Wskaźniki uwzględniające różne punkty widzenia

Wskaźniki z założenia reprezentują punkt widzenia najważniejszych interesariuszy systemu, tzn. obywatela/pacjenta, rządu/płatnika, środowiska medycznego.

Wskaźniki podzielone tematycznie

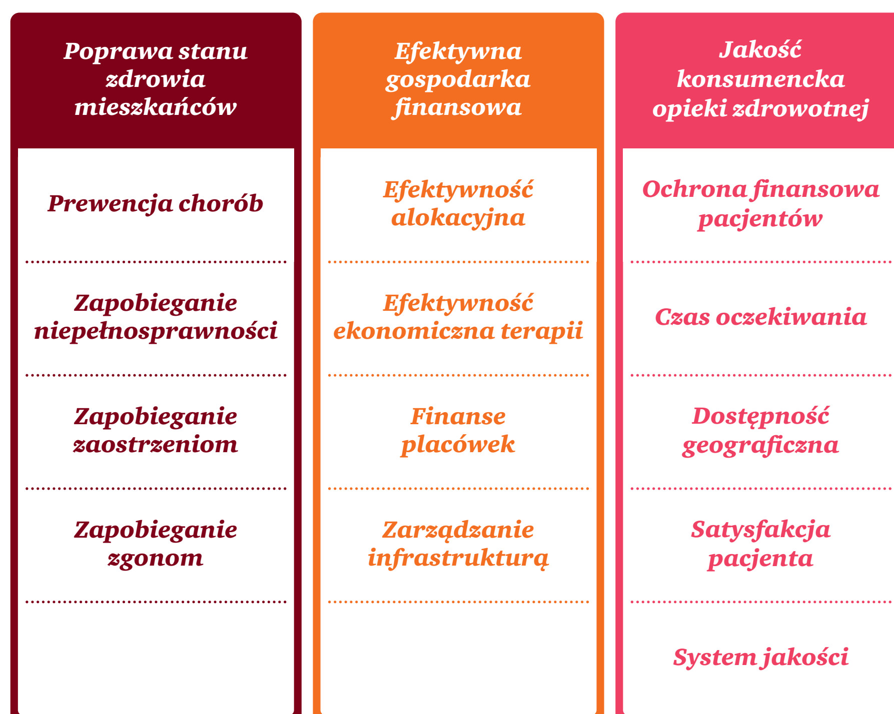
Wskaźniki zostały podzielone na osie i wymiary, reprezentujące określone wartości i cechy realizowane przez system ochrony zdrowia.

Interpretacja wskaźników

Wskaźniki wybrane do oceny systemu zostały scharakteryzowane i opisane w taki sposób, aby można było je interpretować z osobna jako wskaźniki szczegółowe danego zjawiska oraz razem jako wskaźniki syntetyczne, oceniające daną oś.

Logika i struktura Indeksu 2014

Rys. 1. Osie i wymiary oceny w Krajowym indeksie sprawności ochrony zdrowia



Rolą Indeksu jest pomiar natężenia cech uznanych za pożądane w systemie ochrony zdrowia.

Pierwszym zadaniem twórców *Indeksu* było zatem określenie, o co chodzi w systemie ochrony zdrowia, czemu system ochrony zdrowia ma służyć i jakie zjawiska należałoby w nim wspierać, a jakie eliminować. Ta część pracy nad *Indeksem* w praktyce była prowadzona w tle opracowywania i interpretacji wskaźników. Każdorazowo dobór wskaźnika wymagał decyzji, czy dany wskaźnik wspiera i ocenia zjawisko pożądane z punktu widzenia systemu.

W rezultacie powstał schemat (Rys. 1.) złożony z:

- trzech osi oceny reprezentujących trzy główne cele, którym, zdaniem autorów Indeksu, powinien być podporządkowany system ochrony zdrowia,
- trzynastu wymiarów grupujących wskaźniki w kategorie cech, które powinien posiadać dobry system ochrony zdrowia.

W *Indeksie* 2014 ujęto 44 wskaźniki szczegółowe.

W ten sposób powtórzona została logika zastosowana przez zespół Christopher'a Murray'a w *Raporcie Zdrowotnym 2000* Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2000). W ramach tego przedsięwzięcia cele i pożądane cechy systemu ochrony zdrowia były negocjowane publicznie, niejako przy okazji, i w ramach dyskusji na temat szczegółów oceny systemów (podejście „z dołu do góry", *bottom-up*).

Powyższy schemat zawiera cele i wartości, o które, zdaniem autorów *Indeksu*, należy zabiegać w systemie ochrony zdrowia:

1. Poprawa stanu zdrowia mieszkańców

Poprawa stanu zdrowia to niekwestionowany cel działania systemu ochrony zdrowia. Istotą tego celu jest zdefiniowanie, kogo ma dotyczyć poprawa stanu zdrowia oraz w jakim wymiarze stan zdrowia ma ulegać poprawie.

Dla potrzeb *Indeksu* założono, że poprawa stanu zdrowia ma dotyczyć mieszkańców Polski i jej poszczególnych województw, a nie ubezpieczonych czy też obywateli. Co prawda różnice liczbowe między tymi trzema kategoriami nie są obecnie znaczne, ale koncepcyjnie rozróżnienie ma znaczenie. Dodatkowo założenie tego rodzaju upraszcza zagadnienia metodyczne dotyczące wskaźników, ponieważ mianownikiem części z nich jest po prostu liczba ludności, niezależnie od obywatelstwa oraz statusu ubezpieczeniowego.

Poprawa stanu zdrowia to niekwestionowany cel działania systemu ochrony zdrowia. Istotą tego celu jest zdefiniowanie, kogo ma dotyczyć poprawa stanu zdrowia oraz w jakim wymiarze stan zdrowia ma ulegać poprawie.

W zakresie wymiaru, w jakim stan zdrowia ma się poprawć, założono:

1.1. Wymiar prewencji chorób

Pierwszym wymiarem działań w zakresie poprawy stanu zdrowia jest prewencja, zapobieganie wystąpieniu chorób.

Jak powszechnie wiadomo, zapobieganie chorobom jest najbardziej pożądanym działaniem, składającym się na ogólną koncepcję zwalczania chorób (*disease control*).

Jednocześnie nie wszystkim rodzajom chorób można zapobiegać (np. rakowi piersi), w szczególności przez efektywne (ekonomicznie) działania.

W tym wymiarze oceny znalazły się wskaźniki uznane za miary właściwego postepowania w zapobieganiu chorobom.

1.2. Wymiar zapobiegania niesprawności

Choroby, które już wystąpią, mogą prowadzić w najbardziej optymistycznym scenariuszu – do wyleczenia, w najbardziej pesymistycznym – do zgonu, a w pośrednim – do niepełnosprawności.

Jako drugi z wymiarów poprawy stanu zdrowia wybrano zapobieganie niepełnosprawności.

1.3. Wymiar zapobiegania zaostrzeniom choroby

W toku leczenia, głównie w wypadku chorób trwających długo, przewlekle, bądź takich których nie można wyleczyć, miarą sukcesu jest zapobieganie zaostrzeniom choroby.

Zapobieganie zaostrzeniom chorób przewlekłych wyznaczono jako trzeci wymiar oceny w osi poprawa stanu zdrowia.

1.4. Wymiar zapobiegania zgonom

Najbardziej niekorzystnym skutkiem i najgorszym scenariuszem jest zgon osoby chorej.

Zapobieganie zgonom osób chorych (czyli zmniejszanie śmiertelności) zostało wyznaczone jako czwarty wymiar oceny w osi poprawa stanu zdrowia.

2. *Efektywna gospodarka finansowa*

Zdrowie jest wartością bardzo ważną z punktu widzenia indywidualnego i całej zbiorowości. Jednak i w systemie ochrony zdrowia istnieją ograniczenia – zawsze trzeba ponieść koszt alternatywny ochrony ludzkiego zdrowia.

Zdrowie jest wartością bardzo ważną z punktu widzenia indywidualnego i całej zbiorowości. Jednak i w systemie ochrony zdrowia istnieją ograniczenia – zawsze trzeba ponieść koszt alternatywny ochrony ludzkiego zdrowia.

Fundamentalna zasada ekonomii, mówiąca o ograniczonych zasobach, jest bardzo często i boleśnie doświadczana w ochronie zdrowia. W dyskusji na ten temat od ponad dwudziestu lat zagadnienie wysokości środków finansowych (jako synonimu zasobów) wydaje się dominować. Jednocześnie gdy dochodzi do dokonania wyboru (czy to wyboru w sensie procesu politycznego czy decyzji ekonomicznych) obywatele nie decydują się na przesunięcie środków finansowych z innych dziedzin życia publicznego na rzecz zdrowia. Zachowują wstrzemięźliwość, kiedy należy podjąć decyzję o podniesieniu wydatków na zdrowie (składki publicznej, składek ubezpieczeń prywatnych lub innych obciążeń). Zatem oszczędna gospodarka finansowa systemu ochrony zdrowia okazuje się ważnym kryterium jego oceny.

Na potrzeby obecnej edycji *Indeksu* wskazano cztery wymiary oceny gospodarki finansowej:

2.1. Wymiar efektywności alokacyjnej

Pojęcie efektywności alokacyjnej łączy się z decyzjami na co wydawać pieniądze w systemie ochrony zdrowia. Jest to zatem zagadnienie związane z dokonywaniem wyborów oraz skuteczną polityką, która redukuje mankamenty rynku (*market failures*) w ochronie zdrowia.

Autorzy *Indeksu* uznali, że istnieją pewne kierunki alokacji środków, które należy uznać za właściwe, a jednak nie są oczywiste z punktu widzenia interesu ekonomicznego podmiotów rynku ochrony zdrowia. Skuteczność w alokowaniu środków na te właściwe obszary stała się treścią tego wymiaru oceny.

2.2. Wymiar efektywności ekonomicznej terapii

Pojęcie efektywności ekonomicznej terapii wiąże się ze zdolnością do osiągania założonego efektu przy najniższym możliwym zużyciu zasobów.

Autorzy *Indeksu* uznali, że należy premiować osiąganie wyższych efektów niższym kosztem, ponieważ świadczy to o lepszym zarządzaniu procesem terapii.

2.3. Wymiar stanu finansów placówek medycznych

Kolejny wymiar oceny to stan finansów placówek medycznych, w szczególności tych, na które bezpośredni wpływ mają władze publiczne. Co prawda publiczne placówki ochrony zdrowia nie są powołane do generowania zysków, jednak osiąganie dodatniego wyniku finansowego uznano za objaw dobrego zarządzania.

2.4. Wymiar zarządzania infrastrukturą

Odmianą efektywności alokacyjnej jest zagadnienie selektywnego i planowego rozwoju infrastruktury medycznej. Inwestycje w ochronie zdrowia często są traktowane jako działania polityczno-populistyczne, mające na celu pozytywne postrzeganie danego polityka czy formacji politycznej przez wyborców, a nie poprawę krajowej ochrony zdrowia.

W związku z tym zasadne jest docenienie sytuacji samoograniczenia w zakresie rozbudowy infrastruktury, w szczególności infrastruktury szpitalnej, będącej medialnym symbolem ochrony zdrowia, a jednocześnie poważnym obciążeniem systemu.

Wraz ze wzrostem zamożności społeczeństwa rośnie rola i waga jakości konsumenckiej, praw pacjenta, komfortu korzystania z usług zdrowotnych i jakości obsługi pacjenta traktowanego jak konsument usług zdrowotnych.

3. *Jakość konsumencka opieki zdrowotnej*

Tradycyjne pojmowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej i szerzej, ochrony zdrowia zakłada że:

1. system tego rodzaju jest tworzony w celu poprawy stanu zdrowia społeczeństwa (zdrowia publicznego),
2. interes publiczny przeważa w nim nad interesem indywidualnym,
3. pacjent korzystający z systemu ochrony zdrowia powinien otrzymywać świadczenia konieczne, a nie przez niego pożądane.

Taki punkt widzenia na konstruowanie systemu ochrony zdrowia jest dość rozpowszechniony w świecie, wręcz zalecany i promowany wśród państw o niskiej i średniej zamożności. Uznaje się, że stan zdrowia jest ważniejszym celem działania systemu niż dobre samopoczucie każdego pacjenta. Kiedy trzeba dokonywać wyborów, jakość konsumencka nie jest priorytetem. Wraz ze wzrostem zamożności społeczeństwa rośnie rola i waga jakości konsumenckiej, praw pacjenta, komfortu korzystania z usług zdrowotnych i jakości obsługi pacjenta który jest traktowany jak konsument usług zdrowotnych. Z tego powodu za trzecią osią oceny uznano jakość konsumencką opieki zdrowotnej:

3.1. Ochrona finansowa pacjentów

Ochrona finansów chorych jest podstawą koncepcyjną ubezpieczeń zdrowotnych, których fundamentalne założenie stanowi, że osoba ubezpieczona ponosi regularne obciążenia finansowe na opłacenie ubezpieczenia, w zamian za co w razie choroby, jej wydatki są umiarkowane, a usługi zdrowotne finansowo dostępne.

Autorzy *Indeksu* uznali, że miarą stopnia i jakości ochrony ubezpieczeniowej jest brak konieczności ponoszenia znacznych nakładów finansowych przez pacjenta w wypadku choroby oraz nierezygnowanie przez niego z usług zdrowotnych z powodów finansowych.

3.2. Czas oczekiwania na świadczenia

W systemie publicznej opieki zdrowotnej, w której nie ma naturalnych czynników obniżających popyt na usługi w formie opłaty wnoszonej przez konsumenta danej usługi, powstaje sytuacja deficytu świadczeń i konieczność ich reglamentowania.

Mechanizmem stosowanym w takiej sytuacji jest tworzenie list oczekujących, co ma prowadzić do transparentności tej reglamentacji, a przy okazji informować o skali deficytu.

3.3. Dostępność geograficzna opieki

Infrastruktura medyczna z oczywistych przyczyn rozlokowana jest nierównomiernie. W ośrodkach wielkomiejskich, akademickich jest bardziej rozwinięta niż w rejonach wiejskich, a najbardziej wyspecjalizowane ośrodki zlokalizowane są w kilku największych miastach Polski.

Zjawisko to jest bardzo trudne, jeśli nie niemożliwe do wyeliminowania, jednak z punktu widzenia pacjenta ważne i w miarę możliwości powinno być redukowane.

Wymiar dostępności geograficznej jest zatem jednym z wymiarów oceny w osi jakości konsumenckiej.

3.4. Satysfakcja pacjentów

Najważniejszym wymiarem w osi jakości konsumenckiej jest subiektywne poczucie zadowolenia wśród pacjentów w poszczególnych aspektach opieki zdrowotnej. Z tego powodu wymiar satysfakcji pacjentów jest najliczniej reprezentowany w tej osi.

3.5. System zapewniania jakości

Ostatni z wymiarów oceny w tej osi to formalne narzędzia poprawy jakości opieki zdrowotnej, realizowane w Polsce pod auspicjami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Ten wymiar oceny obejmuję zjawiska, które potencjalnie mają wpływ na jakość odczuwaną przez pacjentów, choć autorzy nie dysponowali dowodami na istnienie takiej zależności.

Wagi osi i wskaźników Indeksu 2014

Wyróżnione trzy osie oceny w formie poprawy stanu zdrowia, gospodarki finansowej oraz jakości konsumenckiej nie są jednakowo istotne z punktu widzenia celów systemu ochrony zdrowia. Ponieważ cel poprawy stanu zdrowia wydaje się z nich najważniejszy, sumaryczna waga wskaźników tej osi oceny powinna być odpowiednio wyższa niż pozostałych. W wypadku pozostałych dwóch osi uznano, że ich rola w systemie jest równa i wagi powinny być jednakowe (Rys. 2.).

Jeśli zatem przyjąć, że suma punktów, którą dane województwo może uzyskać w Indeksie wynosi 100, to liczba punktów w poszczególnych osiach wynosi odpowiednio:
50 – stan zdrowia,
25 – gospodarka finansowa
25 – jakość konsumencka.

W Indeksie 2014 wagi poszczególnych osi oceny są tylko zagadnieniem poddanym dyskusji, nie mają praktycznego znaczenia przy obliczaniu wskaźników czy to szczegółowych, czy syntetycznych. W przyszłych wydaniach przewiduje się jednak zastosowanie wagi osi w konstrukcji wskaźnika syntetycznego dla całego Indeksu.

Rys. 2. Osie Indeksu i ich wagi

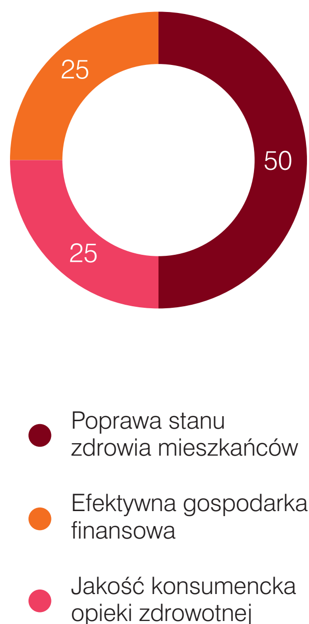




Tabela 4. Wagi wskaźników Indeksu sprawności systemu ochrony zdrowia 2014

oś 1. POPRAWA STANU ZDROWIA MIESZKAŃCÓW			
L.p.	*Wskaźnik*	*Waga*	*Wymiary*
1.	Uczestnictwo w badaniach mammograficznych	3,03	prewencja chorób
2.	Uczestnictwo w badaniach cytologicznych	3,03	prewencja chorób
3.	Stan zaszczepienia dzieci szczepionką BCG	0,76	prewencja chorób
4.	Stan zaszczepienia dzieci przeciwko odrze–śwince–różyczce (1 dawka)	0,76	prewencja chorób
5.	Zachorowania na gruźlicę	1,52	prewencja chorób
6.	Bakteryjne zatrucia pokarmowe	1,52	prewencja chorób
7.	Wskaźnik osób z orzeczoną niezdolnością do pracy	2,27	zapobieganie niesprawności
8.	Relacja zgonów do hospitalizacji z powodu niewydolności serca	4,55	zapobieganie zaostrzeniom
9.	Wskaźnik hospitalizacji wśród cukrzyków	3,79	zapobieganie zaostrzeniom
10.	Wskaźnik hospitalizacji wśród chorujących na przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych	3,03	zapobieganie zaostrzeniom
11.	Wskaźnik hospitalizacji wśród leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności serca (I50)	3,03	zapobieganie zaostrzeniom
12.	Proporcja liczby hospitalizowanych do liczby leczonych ambulatoryjnie w psychiatrii	3,03	zapobieganie zaostrzeniom
13.	Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych	4,55	zapobieganie zgonom
14.	Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka piersi	4,55	zapobieganie zgonom
15.	Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka jelita grubego	3,79	zapobieganie zgonom
16.	Zgony do uniknięcia w POChP	3,79	zapobieganie zgonom
17.	Liczba pobrań narządów od zmarłych	3,03	zapobieganie zgonom
	RAZEM	**50**	

oś 2. EFEKTYWNA GOSPODARKA FINANSOWA			
L.p.	*Wskaźnik*	*Waga*	*Wymiary*
1.	Proporcja wydatków na leczenie pozaszpitalne do wydatków na leczenie szpitalne	2,78	efektywność alokacyjna
2.	Proporcja wydatków na leczenie jednodniowe do wydatków na leczenie szpitalne	2,78	efektywność alokacyjna
3.	Wydatki na opiekę długoterminową	2,08	efektywność alokacyjna
4.	Wskaźnik wydatków na leczenie raka odbytnicy vs przeżycie	2,08	efektywność ekonomiczna terapii
5.	Wskaźnik wydatków na leczenie raka piersi vs przeżycie	2,78	efektywność ekonomiczna terapii
6.	Zobowiązania ogólne SPZOZ-ów w kontekście wydatków na świadczenia zdrowotne ogółem	3,47	finanse placówek
7.	EBITDA SPZOZ-ów samorządowych w województwach	2,78	finanse placówek
8.	Rentowność sprzedaży brutto SPZOZ-ów samorządowych w województwach	2,78	finanse placówek
9.	Liczba łóżek szpitalnych na 10 tys. ludności	1,39	zarządzanie infrastrukturą
10.	Wskaźnik leczonych w ciągu roku na 1 łóżko szpitalne (przelotowość)	2,08	zarządzanie infrastrukturą
	RAZEM	**25**	

oś 3. JAKOŚĆ KONSUMENCKA OPIEKI ZDROWOTNEJ			
L.p.	*Wskaźnik*	*Waga*	*Wymiary*
1.	Udział wydatków na zdrowie w przychodach gospodarstw domowych	2,68	ochrona finansowa pacjentów
2.	Odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z powodów finansowych z zakupu leków	1,79	ochrona finansowa pacjentów
3.	Odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z powodów finansowych z usług lekarza	1,79	ochrona finansowa pacjentów
4.	Liczba osób na listach oczekujących	2,23	czas oczekiwania
5.	Migracja międzyoddziałowa pacjentów	1,79	dostępność geograficzna
6.	Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości	1,34	systemy jakości
7.	Zadowolenie z systemu publicznej opieki zdrowotnej	2,68	satysfakcja pacjenta
8.	Dostępność informacji	0,45	satysfakcja pacjenta
9.	Dostęp do lekarzy specjalistów	1,79	satysfakcja pacjenta
10.	Dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej	0,89	satysfakcja pacjenta
11.	Dostęp do badań diagnostycznych	1,34	satysfakcja pacjenta
12.	System rejestracji, jakość obsługi administracyjnej	0,45	satysfakcja pacjenta
13.	Czas oczekiwania na usługę medyczną	1,79	satysfakcja pacjenta
14.	Jakość infrastruktury, wyposażenia placówek medycznych	0,89	satysfakcja pacjenta
15.	Profesjonalizm i kompetencje lekarzy	1,34	satysfakcja pacjenta
16.	Podejście lekarza do pacjenta	1,34	satysfakcja pacjenta
17.	Efekty leczenia	0,45	satysfakcja pacjenta
	RAZEM	**25**	

W Indeksie 2014 zastosowano 44 wskaźniki w poszczególnych wymiarach. Różnice istotności między nimi znalazły odbicie w nadanych przez autorów wagach (Tabela 4).

W tabeli 4 przedstawiono wszystkie wskaźniki *Indeksu 2014* przypisane do poszczególnych wymiarów oceny, wraz z przypisanymi do nich wagami. Jak widać, suma wag w poszczególnych osiach zawsze jest równa wadze danej osi w całości *Indeksu*.

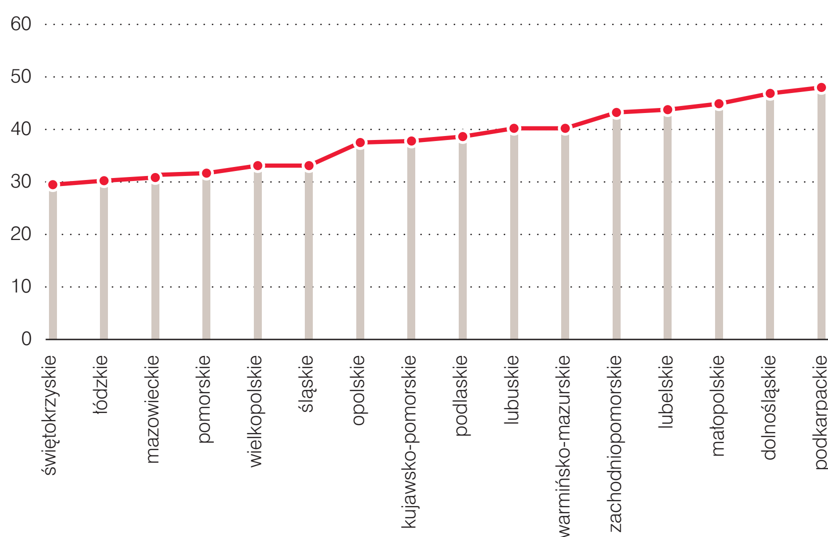
W kolejnym rozdziale przedstawiono wskaźniki szczegółowe dla poszczególnych województw. Ocena województw w poszczególnych wskaźnikach odbywała się dwustopniowo:

stopień 1 polegał na uszeregowaniu województw wg kolejności od ostatniego do pierwszego miejsca

stopień 2 polegał na nadaniu punktów: 1(najmniej), 3 lub 5(najwięcej), w zależności od lokalizacji w tym szeregu oraz kształtu krzywej.

W ten sposób w każdym wskaźniku znalazła się pewna liczba województw z 5 punktami, z 3 punktami oraz z 1 punktem. Liczba województw punktowanych odpowiednio 5, 3 lub 1 w poszczególnych wskaźnikach nie była jednakowa i, jak wspomniano wcześniej, zależała od kształtu krzywej. Chodziło o to, aby województwa o bardzo zbliżonych wartościach wskaźnika otrzymywały podobną liczbę punktów. Zatem granice przejścia między punktacją np. 5 a 3 punkty związane były ze skokiem wartości wskaźnika, jak na przykładowym wykresie (Rys. 4.).

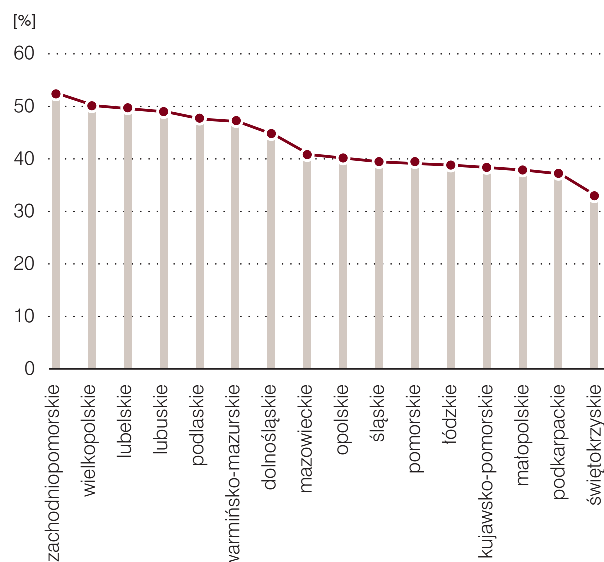
Rys. 4. Wskaźnik hospitalizacji wśród leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności serca (I50)



Ocena województw we wskaźnikach szczegółowych

1. Uczestnictwo w badaniach mammograficznych

Województwo	Wskaźnik [%] (2012)	Miejsce	Punkty
zachodniopomorskie	52.5	1	5
wielkopolskie	50.4	2	5
lubelskie	49.7	3	5
lubuskie	49.2	4	5
podlaskie	47.8	5	5
warmińsko-mazurskie	47.3	6	5
dolnośląskie	44.9	7	5
mazowieckie	41.1	8	3
opolskie	40.6	9	3
śląskie	39.9	10	3
pomorskie	39.3	11	3
łódzkie	39.0	12	3
kujawsko-pomorskie	38.6	13	3
małopolskie	38.2	14	3
podkarpackie	37.4	15	3
świętokrzyskie	33.1	16	1



Sposób obliczania: Odsetek kobiet, które uczestniczyły w badaniu, w populacji objętej programem profilaktyki raka piersi.

Dane za okres: 2012 r.

Źródło danych: Centralny Ośrodek Koordynujący.

Interpretacja wskaźnika: Im wyższy wskaźnik uczestnictwa w programie badań mammograficznych (MMG), tym lepsza sprawność regionalnego systemu ochrony zdrowia.
Odsetek kobiet z grupy docelowej uczestniczących w Programie świadczy z jednej strony o świadomości zdrowotnej kobiet, a z drugiej o sprawności organizacji Programu w danym województwie. Oba czynniki są możliwe do zmiany i modyfikacji:

1) świadomość zdrowotna, choć w dużej części zależna od ogólnego wykształcenia, może być podnoszona poprzez kampanie społeczne, a przede wszystkim przez edukację zdrowotną prowadzoną przez lekarzy (głównie POZ) i pielęgniarki,
2) sprawność organizacyjna Programu (oznaczająca odpowiednie docieranie z informacją do grupy docelowej), dostępność geograficzna badań i doświadczenia kobiet uczestniczących w Programie zależą wprost od składowej systemu ochrony zdrowia, jaką jest struktura ośrodków koordynujących populacyjne badania przesiewowe.

Część badań MMG wykonuje się poza Programem i liczba ta nie jest ujęta w przedstawionych danych. Nieznana jest skala tych badań i nieznane potencjalne różnice między województwami, które mogłyby w ten sposób wpłynąć na wyniki. Podobnie, nieznana jest liczba osób wykonujących badania MMG częściej niż co 2 lata (zgodnie z zasadami Programu). Wydaje się jednak, że skala tego zjawiska nie jest znaczna, ze względu na mechanizm zapraszania i raportowanie badań.

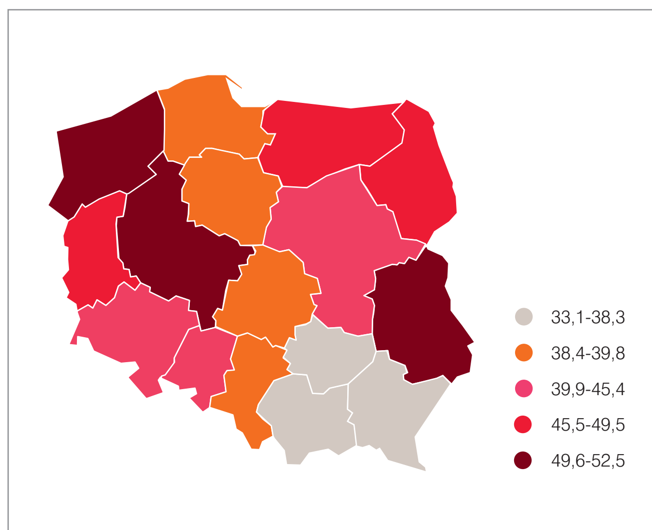
Aktualne wyniki: W 2012 r. najwyższy odsetek kobiet z grupy docelowej objętych badaniem MMG występował w woj. zachodniopomorskim (ok. 52%), a najniższy w woj. świętokrzyskim (ok. 33%). Województwo świętokrzyskie wykazywało szczególnie słabe wyniki w tym zakresie, znacznie odbiegając od kolejnego od końca zestawienia woj. podkarpackiego (ok. 37%).

Uzasadnienie: Mammografia piersi jest szeroko stosowanym sposobem postępowania w profilaktyce wtórnej raka piersi. Mimo pojawiających się w części publikacji wątpliwości co do korzyści populacyjnych oraz ewentualnych obciążeń fizycznych lub psychicznych wynikających z fałszywie dodatnich wyników badań, MMG pozostaje podstawowym narzędziem zwiększania szans przeżycia kobiet dotkniętych rakiem piersi.
Podstawowe zasady wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych na poziomie UE zostały sformułowane w 2003 r., w Rekomendacji Rady Unii Europejskiej*. Od tego czasu obserwuje się systematyczne działania państw członkowskich, prowadzone zgodnie z wytycznymi, związane z wprowadzaniem przesiewowych programów wczesnego wykrywania wybranych nowotworów złośliwych[1].
W Polsce MMG jest elementem „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi", który został uruchomiony w 2006 r. w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Polega on na wykonaniu kilku badań diagnostycznych:

1) na etapie podstawowym – mammografii rentgenowskiej,
2) na etapie pogłębionej diagnostyki: badań klinicznych, dodatkowych zdjęć mammograficznych, USG, biopsji cienko- i gruboigłowej. Przeznaczony jest dla kobiet w wieku 50–69 lat, które: nie miały wykonanej mammografii w ciągu ostatnich 24 miesięcy lub otrzymały w ramach realizacji „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi"

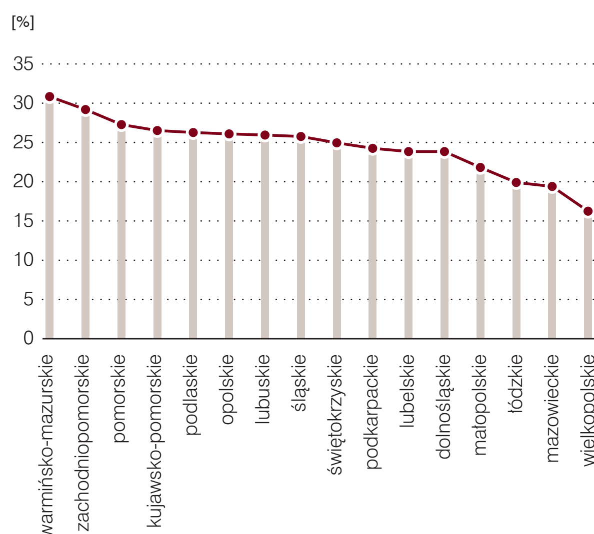
[1] The Council of the European Union (2003) Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC) Official Journal of the European Union, L 327/34, 16.12.2003
Program przesiewowy o charakterze populacyjnym (population-based screening programme) to program, w którym badania są oferowane w sposób systematyczny wszystkim osobom należącym do określonej grupy docelowej. Odbywa się to w ramach uzgodnionej polityki zdrowotnej, z zastosowaniem protokołów, zarządzania jakością, monitorowania i oceny realizacji programu. Program taki rozpoczyna się od zidentyfikowania, a następnie zaproszenia do udziału osób należących do populacji docelowej (target group). Punkt końcowy jest również precyzyjnie zdefiniowany – zwykle jest nim postawienie ostatecznej diagnozy i ewentualne skierowanie na leczenie [źródło: Australian Health Ministers' Advisory Council (2008) Population Based Screening

pisemne wskazanie do wykonania ponownego badania mammograficznego po upływie 12 miesięcy oraz nie były wcześniej leczone z powodu raka piersi.
Od początku istnienia Programu jednym z głównych problemów był stosunkowo mały udział kobiet. Pomimo szerokiej kampanii społecznej, odsetek uczestniczących w nim kobiet był daleki od docelowych 70–80%.



2. Uczestnictwo w badaniach cytologicznych

Województwo	Wskaźnik [%] (2012)	Miejsce	Punkty
warmińsko-mazurskie	30.5	1	5
zachodniopomorskie	29.1	2	5
pomorskie	26.9	3	3
kujawsko-pomorskie	26.2	4	3
podlaskie	26.0	5	3
opolskie	26.0	6	3
lubuskie	25.7	7	3
śląskie	25.5	8	3
świętokrzyskie	24.7	9	3
podkarpackie	24.0	10	3
lubelskie	23.6	11	3
dolnośląskie	23.6	12	3
małopolskie	21.6	13	1
łódzkie	19.7	14	1
mazowieckie	19.2	15	1
wielkopolskie	16.0	16	1



Sposób obliczania: Odsetek kobiet, które uczestniczyły w badaniu, w populacji objętej programem profilaktyki raka szyjki macicy.

Dane za okres: 2012 r.

Źródło danych: Centralny Ośrodek Koordynujący.

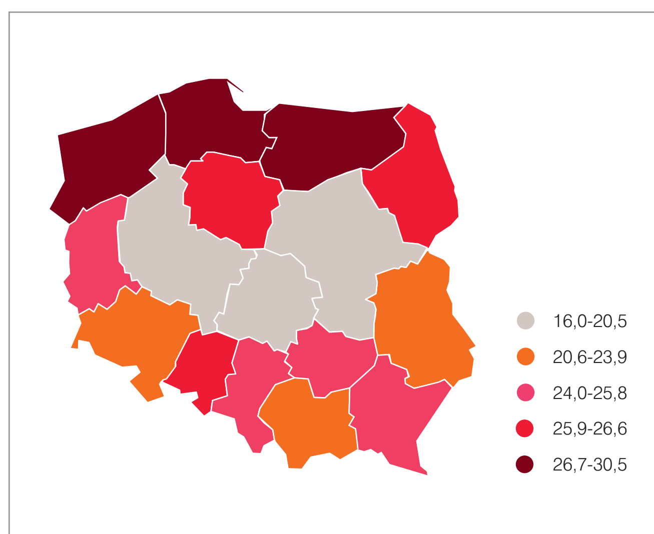
Interpretacja wskaźnika: Im wyższy wskaźnik uczestnictwa w programie badań cytologicznych, tym lepsza sprawność regionalnego systemu ochrony zdrowia.
Podobnie jak w przypadku MMG, odsetek kobiet z grupy docelowej uczestniczących w Programie świadczy z jednej strony o świadomości zdrowotnej kobiet, a z drugiej o sprawności organizacji Programu w danym województwie. Oba czynniki są możliwe do zmiany i modyfikacji: 1) świadomość zdrowotna, choć w dużej mierze zależna od ogólnego wykształcenia, może być podnoszona poprzez kampanie społeczne, a przede wszystkim przez edukację zdrowotną prowadzoną przez lekarzy (głównie POZ) i pielęgniarki, 2) sprawność organizacyjna Programu (oznaczająca odpowiednie docieranie z informacją do grupy docelowej), dostępność geograficzna badań oraz doświadczenia kobiet uczestniczących w Programie zależą wprost od składowej systemu ochrony zdrowia, jaką jest działalność ośrodków koordynujących populacyjne badania przesiewowe.
W przypadku badań cytologicznych wydaje się, że częściej niż w przypadku MMG badanie realizowane w ramach Programu jest zastępowane przez badanie cytologiczne towarzyszące prywatnym wizytom w gabinetach ginekologicznych. Skala i różnice międzywojewódzkie nie są znane, należy jednak mieć je na uwadze, analizując dane dotyczące tego wskaźnika.

Aktualne wyniki: W 2012 r. najwyższy odsetek kobiet z grupy docelowej objętych badaniem cytologicznym występował w woj. warmińsko-mazurskim (ok. 30%), a najniższy w woj. wielkopolskim (ok. 16%). Województwo wielkopolskie odnotowało szczególnie niską frekwencję w tym zakresie, dość znacznie odbiegając w dół od kolejnych województw (ok. 19%).

Uzasadnienie: Cytologia szyjki macicy jest szeroko stosowanym sposobem postępowania w profilaktyce wtórnej raka szyjki macicy. Jest wymieniona w Rekomendacji Rady Unii Europejskiej z 2003 roku*. Od tego czasu obserwuje się systematyczne działania państw członkowskich, prowadzone zgodnie z wytycznymi, związane z wprowadzaniem przesiewowych programów wczesnego wykrywania wybranych nowotworów złośliwych.
W Polsce cytologia szyjki macicy jest składnikiem „Programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy", który został uruchomiony w 2006 r. w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Program obejmuje:

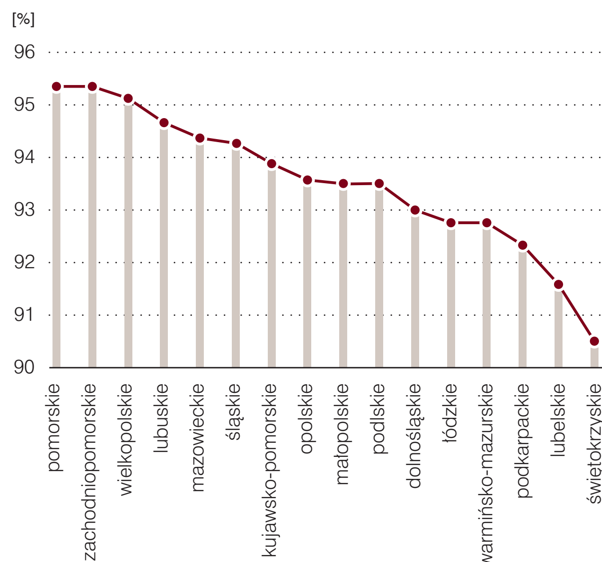
1) etap podstawowy: zarejestrowanie kobiety z grupy docelowej, wypełnienie ankiety, pobranie materiału cytologicznego za pomocą szczoteczki typu cervex-brush, edukację w zakresie profilaktyki nowotworu szyjki macicy, wysłanie pobranego materiału wraz z wypełnioną ankietą do pracowni diagnostycznej, dostarczenie pacjentce wyniku badania i podjęcie decyzji co do dalszego postępowania;
2) etap diagnostyczny: wykonanie oceny mikroskopowej przesłanego materiału cytologicznego (barwienie i diagnostyka);
3) etap pogłębionej diagnostyki, w tym: badanie kolposkopowe, w przypadku zaistnienia wskazań do weryfikacji obrazu kolposkopowego – pobranie celowanych wycinków z tarczy szyjki macicy, wyłyżeczkowanie kanału szyjki i ewentualnie jamy macicy oraz przesłanie materiału do badań, badanie histopatologiczne materiału, podjęcie decyzji co do dalszego postępowania.

Podobnie jak w przypadku MMG, od początku istnienia Programu jednym z głównych problemów była stosunkowo niska frekwencja. Jej przyczyny nie są w pełni jasne i zapewne złożone. Uznaje się jednak, że wpływ na frekwencję może mieć szeroko rozumiany system ochrony zdrowia – organizatorzy Programu, lekarze POZ/rodzinni, ginekolodzy itp.



3. Stan zaszczepienia dzieci szczepionką BCG

Województwo	*Wskaźnik [%] (2012)*	*Miejsce*	*Punkty*
pomorskie	95.4	1	5
zachodniopomorskie	95.4	1	5
wielkopolskie	95.1	3	5
lubuskie	94.7	4	5
mazowieckie	94.3	5	5
śląskie	94.2	6	5
kujawsko-pomorskie	93.9	7	3
opolskie	93.6	8	3
małopolskie	93.5	9	3
podlaskie	93.5	9	3
dolnośląskie	93,0	11	3
łódzkie	92.7	12	3
warmińsko-mazurskie	92.7	12	3
podkarpackie	92.3	14	1
lubelskie	91.6	15	1
świętokrzyskie	90.4	16	1



Sposób obliczania: Sposób obliczania: Odsetek dzieci zaszczepionych przeciw gruźlicy (BCG) w populacji dzieci objętych danym rodzajem szczepienia w kalendarzu szczepień Ministerstwa Zdrowia.

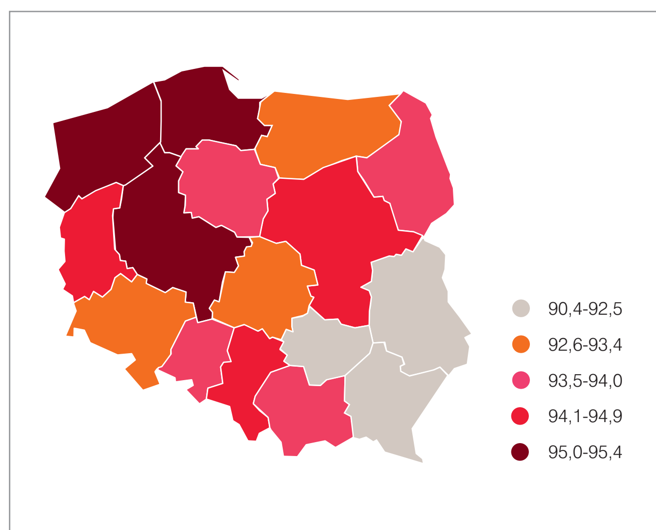
Dane za okres: 2011 r.

Źródło danych: Państwowy Zakład Higieny.

Interpretacja wskaźnika: Wyższe wskaźniki zaszczepień uznaje się za dowód sprawności systemu ochrony zdrowia w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym. W ostatnich latach w pewnych środowiskach społecznych oraz gremiach profesjonalnych pojawiają się wątpliwości co do zasadności i skuteczności oraz bezpieczeństwa szczepień ochronnych. Dla celów niniejszego Indeksu uznaje się jednak, że skoro określone szczepienia są obowiązkowe, to korzyści przeważają nad potencjalnymi kosztami (zdrowotnymi czy finansowymi). Tym samym zaszczepienie większego odsetka dzieci jest zjawiskiem pozytywnym.

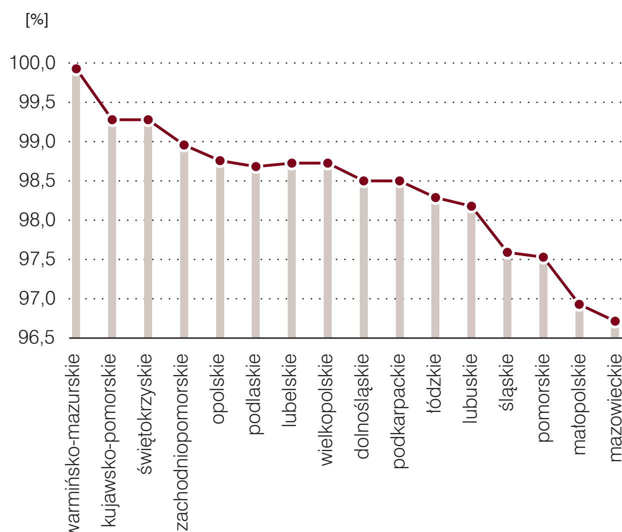
Aktualne wyniki: W 2011 r. najniższe odsetki zaszczepień zanotowano w województwach świętokrzyskim (ok. 90%), lubelskim i podkarpackim (ok. 92%). Najwyższe zaś w województwach zachodniopomorskim, pomorskim i wielkopolskim (ok. 95%).

Uzasadnienie: BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*) – szczepionka przeciw gruźlicy opracowana we Francji przez Alberta Calmette'a i Camille'a Guérina, wprowadzona w 1921 r. – zawiera atenuowany szczep Mycobacterium bovis (wywołujący gruźlicę bydła). Szczepienia BCG okazały się skuteczne w Europie i krajach rozwijających się. Próby z tą szczepionką w USA wykazały niewielkie właściwości ochronne (odmienny szczep *Mycobacterium tuberculosis*), w pozostałych krajach zaobserwowano zróżnicowaną skuteczność. Obecnie szczepionka stosowana jest w Europie, w tym w Polsce. Szczepienia BCG są w Polsce obowiązkowe (Ustawa o zwalczaniu gruźlicy z dnia 22 kwietnia 1959 roku) i wykonywane zgodnie z kalendarzem szczepień zatwierdzanym corocznie przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Obecnie przeciwko gruźlicy szczepi się noworodki po urodzeniu jednocześnie ze szczepieniem przeciwko WZW typu B.



4. Stan zaszczepienia dzieci przeciwko odrze–śwince–różyczce (1 dawka)

Województwo	Wskaźnik [%] (2012)	Miejsce	Punkty
warmińsko-mazurskie	99.8	1	5
kujawsko-pomorskie	99.2	2	5
świętokrzyskie	99.2	2	5
zachodniopomorskie	98.9	4	3
opolskie	98.8	5	3
podlaskie	98.7	6	3
lubelskie	98.6	7	3
wielkopolskie	98.6	7	3
dolnośląskie	98.5	9	3
podkarpackie	98.5	9	3
łódzkie	98.3	11	3
lubuskie	98.2	12	3
śląskie	97.6	13	1
pomorskie	97.5	14	1
małopolskie	96.9	15	1
mazowieckie	96.7	16	1



Sposób obliczania: Sposób obliczania: Odsetek dzieci zaszczepionych w 3. roku życia (ur. 2009 r.) przeciwko odrze–śwince–różyczce (1 dawka).

Dane za okres: 2011 r.

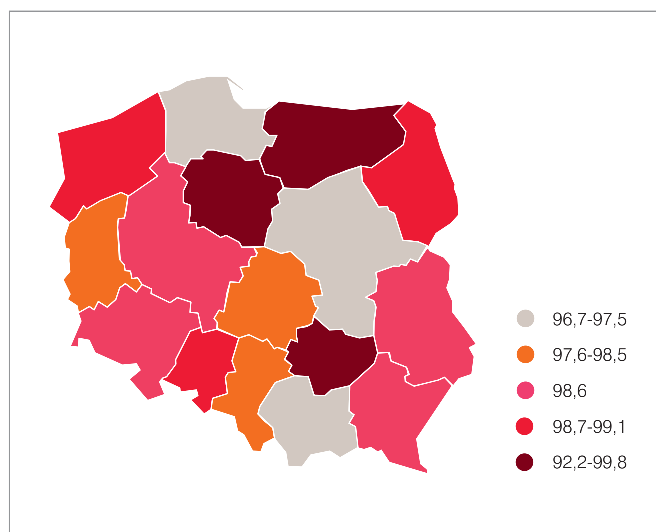
Źródło danych: Państwowy Zakład Higieny.

Interpretacja wskaźnika: Wyższe wskaźniki zaszczepień uznaje się za dowód sprawności systemu ochrony zdrowia w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym.
W ostatnich latach w pewnych środowiskach społecznych oraz gremiach profesjonalnych pojawiają się wątpliwości co do zasadności i skuteczności oraz bezpieczeństwa szczepień ochronnych. Dla celów niniejszego Indeksu uznaje się jednak, że skoro określone szczepienia są obowiązkowe, to korzyści przeważają nad potencjalnymi kosztami (zdrowotnymi czy finansowymi). Tym samym zaszczepienie większego odsetka dzieci jest zjawiskiem pozytywnym.
W niektórych środowiskach obserwuje się szczepienie prywatne, nierejestrowane, innymi szczepionkami niż MMR II (np. czteroskładnikową szczepionką przeciwko odrze, śwince, różyczce i ospie wietrznej). Skala i rozpowszechnienie tego zjawiska nie została jednak zbadana.

Aktualne wyniki: Stopień zaszczepienia dzieci szczepionką MMR II jest stosunkowo duży (96–99%), wyższy niż w większości krajów Europy Zachodniej, dlatego odporność polskiej populacji dzieci, głównie na odrę, przewyższa odporność innych populacji dzieci w Europie (choruje mniej dzieci). W 2011 r. najniższe wskaźniki wyszczepień zanotowano w województwach mazowieckim i małopolskim (ok. 96%), najwyższe zaś w województwach kujawsko-pomorskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim (ponad 99%).

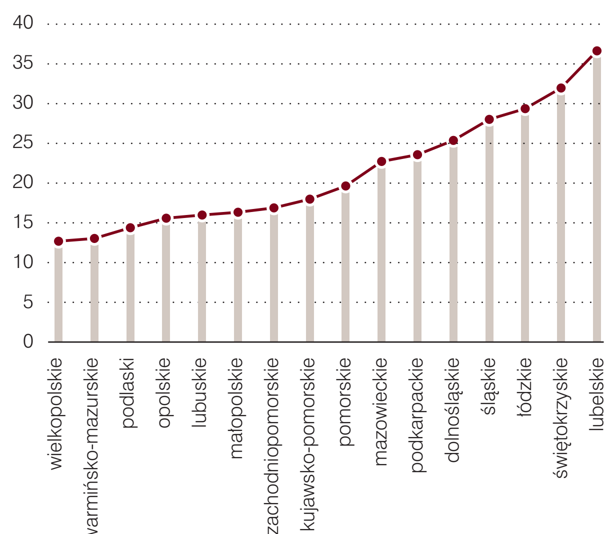
Uzasadnienie: Trójskładnikowa szczepionka przeciw odrze, śwince i różyczce została po raz pierwszy wprowadzona do użytku w 1988 r. w Wielkiej Brytanii. W kolejnych latach wprowadzono szczepionkę drugiej generacji (MMR II) stosowaną do dziś.

Pierwszą dawkę szczepionki dziecko otrzymuje w 13.–14. miesiącu życia. W 1. roku życia dziecka w jego krwi znajdują się przeciwciała przekazane od matki, które upośledzają odpowiedź na to szczepienie. Jeżeli dziecko zaszczepiono przed ukończeniem 12. miesiąca życia, szczepienie należy powtórzyć po ukończeniu 1. roku życia.
Zgodnie z polskim programem szczepień ochronnych w 10. roku życia podaje się dawkę uzupełniającą (drugą), ale można ją także podać wcześniej. Szczepionki podaje się w postaci zastrzyku podskórnego lub domięśniowego.
W Wielkiej Brytanii szczepionka MMR stała się tematem kontrowersji po opublikowaniu w 1998 r. artykułu Andrew Wakefielda na temat badań 12 dzieci, u których po podaniu tej szczepionki pojawiły się objawy autyzmu i chorób jelit. W 2007 r. Wakefield został przesłuchany przez komisję dyscyplinarną General Medical Council i postawiono mu zarzut manipulowania danymi i zatajenia konfliktu interesów. W styczniu 2010 r. „Lancet" wycofał oryginalną pracę Wakefielda. W maju 2010 r. Wakefield został uznany przez General Medical Council za winnego nieuczciwości i usunięty z rejestru lekarzy.



5. Zachorowania na gruźlicę

Województwo	*Wskaźnik (2012)*	*Miejsce*	*Punkty*
wielkopolskie	12.7	1	5
warmińsko-mazurskie	13.1	2	5
podlaskie	14.4	3	5
opolskie	15.6	4	5
lubuskie	16.1	5	5
małopolskie	16.3	6	5
zachodniopomorskie	16.9	7	3
kujawsko-pomorskie	18.0	8	3
pomorskie	19.6	9	3
mazowieckie	22.7	10	3
podkarpackie	23.6	11	3
dolnośląskie	25.4	12	1
śląskie	28.1	13	1
łódzkie	29.4	14	1
świętokrzyskie	32.0	15	1
lubelskie	36.6	16	1



Sposób obliczania: Sposób obliczania: Chorzy na gruźlicę nowo zarejestrowani w poradniach na 100 tys. ludności.

Dane za okres: 2011 r.

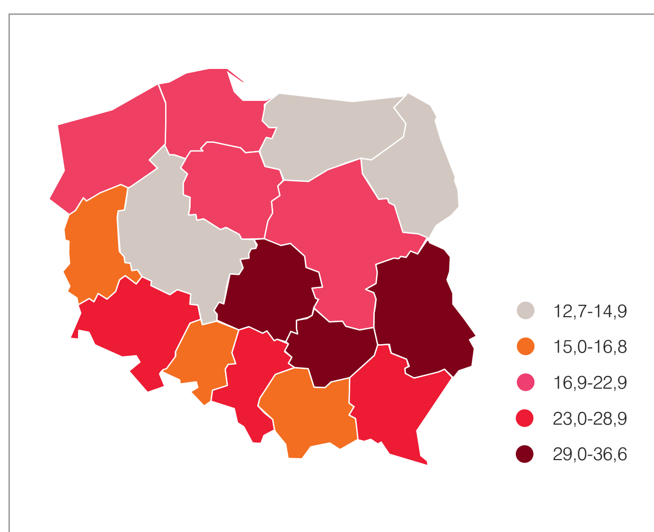
Źródło danych: Państwowy Zakład Higieny.

Interpretacja wskaźnika: Zachorowania na gruźlicę stanowiły poważny problem zdrowia publicznego w Polsce powojennej. W kolejnych dekadach liczba zachorowań stopniowo spadała, dzięki powszechnym szczepieniom, a także obowiązkowi leczenia i stosunkowo szczelnemu nadzorowi leczenia. Obecnie nie ma w Polsce specjalnego systemu zwalczania gruźlicy, a leczenie tej choroby prowadzone jest najczęściej przez ośrodki pulmonologiczne we współpracy z lekarzami POZ. Istnieją pewne zastrzeżenia co do skuteczności rozpoznawania gruźlicy, jednak nieznana jest skala i nie ma dowodów na to, żeby istniały istotne różnice w tym zakresie w poszczególnych województwach. W tej sytuacji uznaje się, że liczba nowo wykrytych przypadków gruźlicy świadczy o zagrożeniu tą chorobą w poszczególnych województwach.

Aktualne wyniki: Krzywa obrazująca wskaźnik nowo wykrytych przypadków gruźlicy na 100 tys. mieszkańców województwa jest dość silnie pochyła, co oznacza znaczne różnice w liczbie zachorowań w poszczególnych województwach. Wskaźnik zachorowań na gruźlicę osiąga największą wartość w woj. lubelskim (ok. 37), dalej w świętokrzyskim i łódzkim, najmniejszą zaś w woj. wielkopolskim (ok. 12).

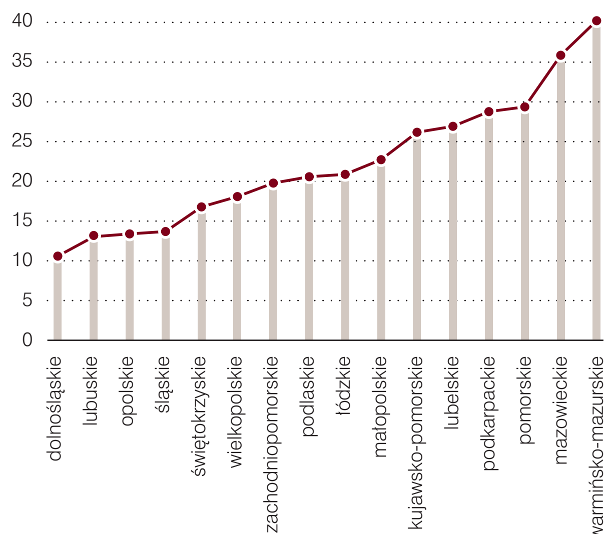
Uzasadnienie: W Polsce rejestracja i leczenie zachorowań na gruźlicę są obowiązkowe od kilkudziesięciu lat. W ostatnich 15 latach zaobserwowano spadek liczby zachorowań na gruźlicę o ok. 4% rocznie. W 2011 r. zarejestrowano ok. 8,4 tys. zachorowań na gruźlicę (wobec 7,5 tys. w 2010 r.), z czego ok. 92% stanowiły przypadki zachorowania na gruźlicę układu oddechowego (65% z rozpoznaniem potwierdzonym badaniem bakteriologicznym).

Zgodnie z danymi PZH, zachorowania na gruźlicę stwierdza się 5-krotnie częściej u mężczyzn niż kobiet, częściej u mieszkańców wsi niż miast. Zachorowania dotyczą przede wszystkim osób starszych, niedożywionych. Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem i jest 30-krotnie wyższe u osób powyżej 65. roku życia w porównaniu z dziećmi.
Według PZH mieszkańcy Polski chorują na gruźlicę 2-krotnie częściej niż mieszkańcy Czech i Belgii, 3-krotnie częściej niż mieszkańcy Niemiec, Holandii, Francji i Danii oraz 4–5-krotnie częściej niż Szwedzi i Norwegowie. Na Ukrainie, Białorusi, Litwie i w Rosji gruźlica jest 2–3-krotnie częstsza niż w Polsce. W krajach tych częściej także występuje jej postać wielolekooporna. Odnotowywany ostatnio w niektórych krajach wzrost zachorowań na gruźlicę jest związany również z tym, że towarzyszy ona często infekcji wirusem HIV.



6. Bakteryjne zatrucia pokarmowe

Województwo	Wskaźnik (2012)	Miejsce	Punkty
dolnośląskie	10.6	1	5
lubuskie	13.2	2	5
opolskie	13.4	3	5
śląskie	13.7	4	5
świętokrzyskie	16.8	5	3
wielkopolskie	18.1	6	3
zachodniopomorskie	19.8	7	3
podlaskie	20.6	8	3
łódzkie	20.9	9	3
małopolskie	22.6	10	3
kujawsko-pomorskie	26.2	11	1
lubelskie	26.8	12	1
podkarpackie	28.6	13	1
pomorskie	29.3	14	1
mazowieckie	35.9	15	1
warmińsko-mazurskie	40.0	16	1



Sposób obliczania: Liczba zachorowań na salmonellozy na 100 tys. ludności.

Dane za okres: 2011 r.

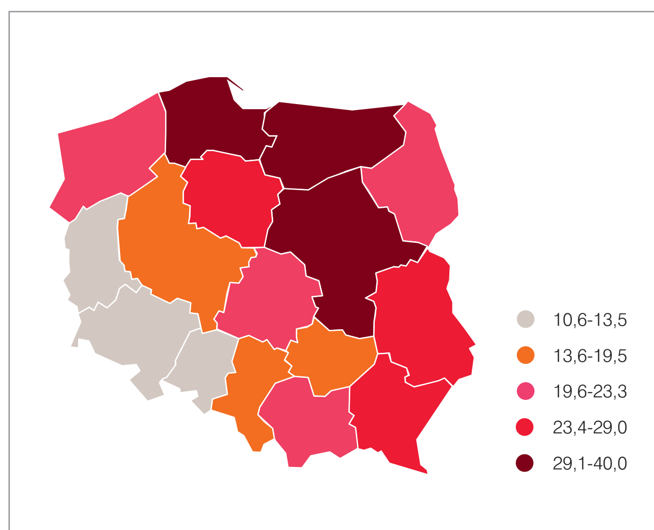
Źródło danych: Państwowy Zakład Higieny.

Interpretacja wskaźnika: Zakażenia salmonellą w niniejszym Indeksie traktowane są jako wskaźnik zagrożeń epidemiologicznych związanych z żywnością. Zakłada się, że tendencje co do zakażeń salmonellą są podobne do tych związanych z *Schigella*, a także w mniejszym stopniu enterowirusami i do innych zakażeń pokarmowych.
Przenoszenie salmonellozy jest przedmiotem różnych interwencji systemu ochrony zdrowia, głównie w obszarze profilaktyki (stacje sanitarno-epidemiologiczne).

Aktualne wyniki: W 2011 r. najwyższe wskaźniki zachorowań na salmonellozy obserwowane były w województwach warmińsko-mazurskim i mazowieckim (ponad 35/100 tys.), najniższe zaś w województwach śląskim, opolskim, lubuskim i dolnośląskim.

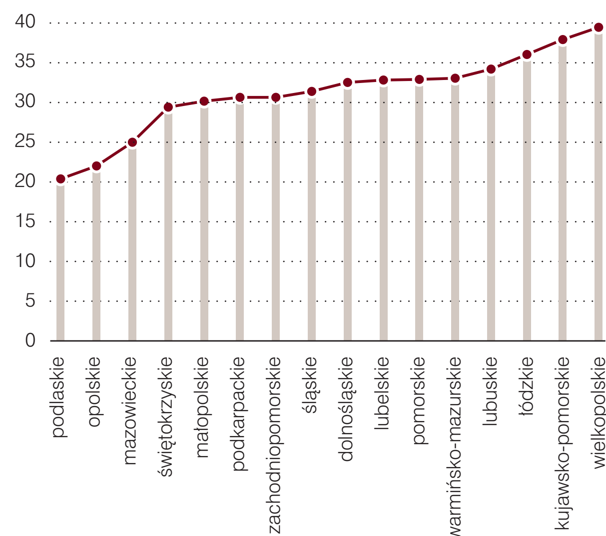
Uzasadnienie: Zatrucia pokarmowe to zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego spowodowane spożyciem żywności zawierającej żywe drobnoustroje lub ich toksyny. W zależności od czynnika sprawczego, wśród zatruć pokarmowych wyróżnia się zatrucia bakteryjne, wirusowe i grzybicze.
Zatrucia bakteryjne mogą być spowodowane spożyciem żywych komórek bakteryjnych lub ich toksyn. W zależności od mechanizmu powstawania dzielą się na intoksykacje, infekcje i toksykoinfekcje.
Infekcje to zatrucia pokarmowe, w których bakterie kolonizują komórki nabłonka jelitowego. Przykładem takiego zatrucia jest najpowszechniejsza w naszym kraju bakteryjna infekcja pokarmowa pałeczkami *Salmonella*. Toksykoinfekcje to zatrucia mieszane, których czynnikiem przyczynowym jest zarówno bakteryjna kolonizacja nabłonka jelitowego, jak i toksyny wydzielane do światła jelita.

Do zakażenia salmonellą dochodzi zazwyczaj poprzez skażone odchodami zwierząt jedzenie lub wodę lub przez zjedzenie produktów pochodzących od chorych zwierząt (np. jaja, mięso czy mleko). Nosicielami bakterii mogą być również osoby mające związek z produkcją czy obróbką jedzenia albo pracujące w gastronomii.
Objawy salmonellozy są podobne do występujących przy zatruciach pokarmowych spowodowanych innymi drobnoustrojami. Dolegliwości pojawiają się zwykle w ciągu 6–72 godz. od zjedzenia skażonego pokarmu. Początek choroby jest zwykle nagły. Pojawia się wodnista biegunka, tępe bóle brzucha, nudności i wymioty. Często występuje także gorączka z dreszczami, uczucie rozbicia oraz bóle głowy. Burzliwe objawy ustępują po ok. 2–3 dniach. Pełne wyleczenie zajmuje zwykle tydzień, jednak kał chorego jest zakaźny nawet przez kilka miesięcy.



7. Wskaźnik osób z orzeczoną niezdolnością do pracy

Województwo	Wskaźnik (2012)	Miejsce	Punkty
podlaskie	20.3	1	5
opolskie	22.0	2	5
mazowieckie	25.0	3	5
świętokrzyskie	29.4	4	3
małopolskie	30.1	5	3
podkarpackie	30.5	6	3
zachodniopomorskie	30.7	7	3
śląskie	31.3	8	3
dolnośląskie	32.6	9	3
lubelskie	32.9	10	3
pomorskie	32.9	11	3
warmińsko-mazurskie	33.1	12	3
lubuskie	34.2	13	1
łódzkie	36.1	14	1
kujawsko-pomorskie	38.0	15	1
wielkopolskie	39.4	16	1



Sposób obliczania: Wskaźnik osób z orzeczoną niezdolnością do pracy na 100 tys. mieszkańców w wieku produkcyjnym.

Dane za okres: 2012 r.

Źródło danych: Główny Urząd Statystyczny.

Interpretacja wskaźnika: Niepełnosprawność w populacji, obok częstości zgonów, jest jednym z podstawowych mierników stanu zdrowia populacji. Liczba osób niepełnosprawnych prawnie jest jednak pochodną dwóch procesów:
1) zaburzenia stanu zdrowia i
2) orzekania o niepełnosprawności. Odsetek osób niepełnosprawnych w populacji nie jest więc wyłącznie zależny od stanu zdrowia tej populacji, ale jest także wskaźnikiem trendów orzeczniczych i praktyk stosowania prawa.

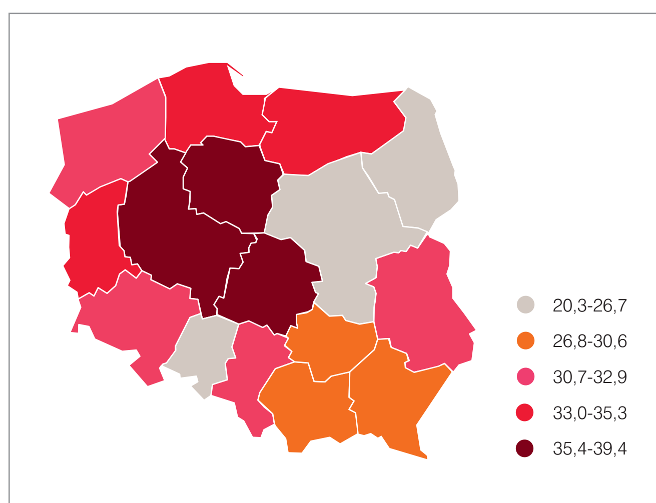
Pomimo jednolitego otoczenia prawnego panującego w Polsce, praktyka stosowania tych regulacji w poszczególnych województwach może się nieco różnić. Niemniej jednak można przyjąć, że z punktu widzenia społecznego bardziej pożądana jest sytuacja mniejszej liczby niepełnosprawnych, abstrahując od mechanizmu osiągania takiego stanu.

Aktualne wyniki: Najwyższe wskaźniki liczby osób z orzeczoną niepełnosprawnością w 2012 r. odnotowano w województwach wielkopolskim i kujawsko-pomorskim (ponad 37/100 tys. osób), najniższe zaś w województwach podlaskim i opolskim (poniżej 23/100 tys.).

Uzasadnienie: Kategoria osób niepełnosprawnych jest niejednorodna. W sprawozdawczości występuje pojęcie niepełnosprawności prawnej oraz biologicznej. Niepełnosprawność biologiczna to pojęcie stosowane w badaniach GUS, które wiąże się z odczuwanym stanem niepełnej sprawności osoby – respondenta badania opinii. Niepełnosprawność prawna z kolei jest stanem formalnym, wynikającym z pewnej procedury prawnej prowadzącej do orzeczenia statusu osoby orzeczonej jako osoby niepełnosprawnej, co zwykle wiąże się z pewnymi uprawnieniami dla takiej osoby (np. renty).

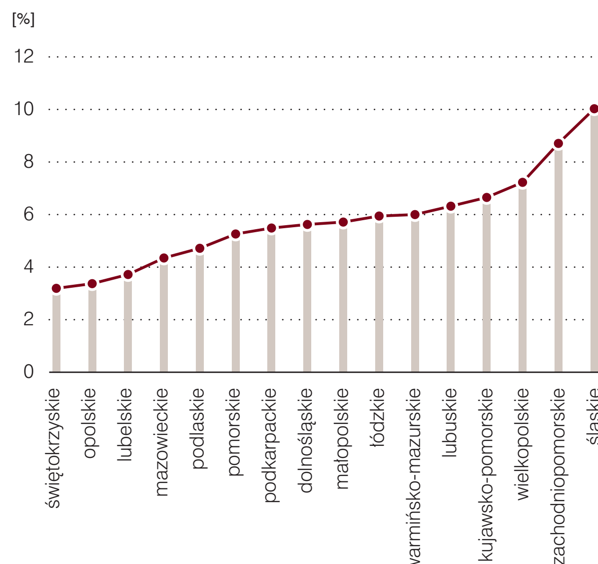
Liczebność populacji osób niepełnosprawnych prawnie w wieku produkcyjnym (18–59 lat dla kobiet i 18–64 lata dla mężczyzn) zmniejszała się w ciągu ostatnich lat. Od 2001 r. do 2011 r. zmniejszyła się z 2,6 mln osób do 2 mln osób, przy czym największy spadek odnotowano w 2009 r.

Według wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia 2009 wykonanego w populacji polskiej, najczęstszą przyczynę niepełnosprawności stanowiły uszkodzenia i choroby narządów ruchu, schorzenia układu krążenia, schorzenia neurologiczne oraz uszkodzenia i choroby wzroku.



8. Relacja zgonów do hospitalizacji z powodu niewydolności serca

Województwo	*Wskaźnik [%] (2012)*	*Miejsce*	*Punkty*
świętokrzyskie	3.2	1	5
opolskie	3.4	2	5
lubelskie	3.7	3	5
mazowieckie	4.4	4	5
podlaskie	4.7	5	5
pomorskie	5.3	6	3
podkarpackie	5.5	7	3
dolnośląskie	5.6	8	3
małopolskie	5.7	9	3
łódzkie	5.9	10	3
warmińsko-mazurskie	6.0	11	3
lubuskie	6.3	12	3
kujawsko-pomorskie	6.7	13	1
wielkopolskie	7.2	14	1
zachodniopomorskie	8.7	15	1
śląskie	10.0	16	1



Sposób obliczania: Sposób obliczania: Iloraz zgonów z powodu niewydolności serca w danym roku i liczby osób leczonych z tego powodu w tym roku.

Dane za okres: 2010 r.

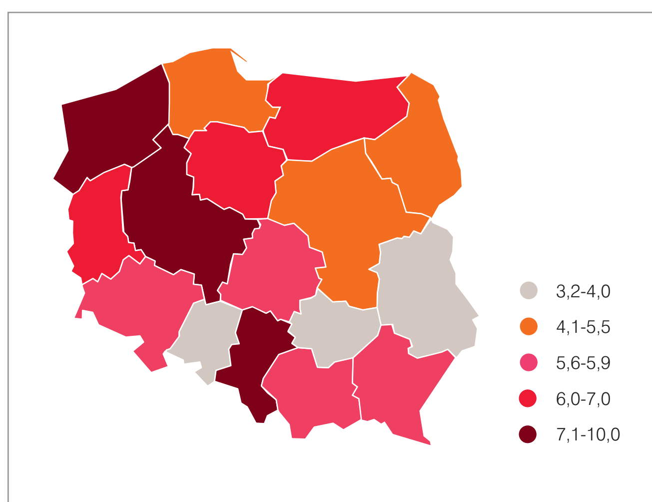
Źródło danych: Główny Urząd Statystyczny i Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Choć odpowiednio leczona niewydolność serca może być kontrolowana u większości pacjentów, pozostaje jednak stanem zagrażającym życiu, z roczną śmiertelnością rzędu 10%. Zaostrzenie choroby, czyli rozwinięcie ostrej niewydolności serca, jest zespołem, który często występuje wskutek dekompensacji przewlekłej niewydolności serca. Najpoważniejszym następstwem dekompensacji niewydolności serca jest zgon. Zapobieganie zgonom w przewlekłej niewydolności serca to zatem najważniejszy priorytet leczenia. Prezentowany wskaźnik ukazuje odsetek leczonych, którzy umierają w ciągu roku z powodu niewydolności serca. Wartości wskaźnika zależą więc od dwóch wielkości: liczby zgonów z powodu niewydolności serca (wg danych GUS) i liczby leczonych z tego powodu (wg danych z NFZ). Zarówno licznik, jak i mianownik tego wskaźnika mogą przybierać odmienne wielkości w różnych okolicznościach:

1) na liczbę zgonów z powodu niewydolności serca może wpływać praktyka wypełniania kart zgonów, polegająca na tym, że w przypadku zgonów osób w zaawansowanym wieku, jeśli nieznane są konkretne przyczyny, choroby lub inne poważniejsze dolegliwości, jako przyczyna zgonu wpisywana jest niewydolność serca lub krążenia,
2) na liczbę osób leczonych z powodu niewydolności serca może z kolei wpływać skuteczność sprawozdawczości, głównie z podstawowej opieki zdrowotnej. Uwzględniając powyższe czynniki, należy zachować pewną ostrożność podczas interpretowania wskaźnika.

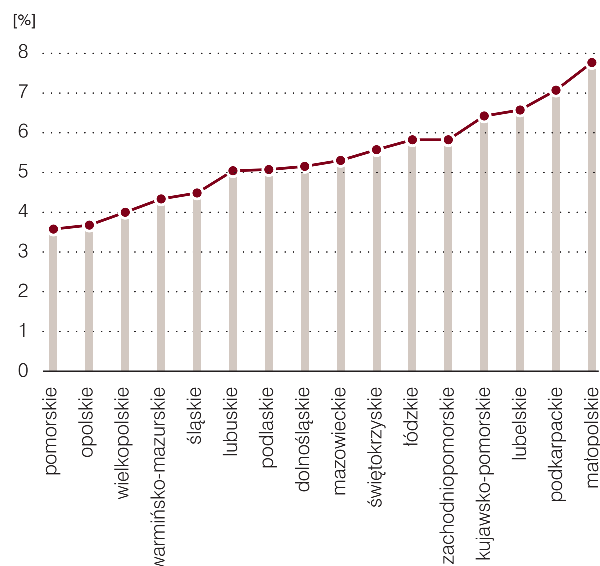
Aktualne wyniki: W 2010 r. największy odsetek zgonów z powodu niewydolności serca wśród leczonych z tego powodu zanotowano w województwach śląskim, zachodniopomorskim i wielkopolskim (ponad 7%). Najniższe wartości tego wskaźnika odnotowano natomiast w województwach lubelskim, opolskim i świętokrzyskim (poniżej 4%).

Uzasadnienie: Przewlekła niewydolność serca to postępujący zespół objawów wynikających ze zmniejszenia pojemności wyrzutowej serca. Jego najczęstszą przyczyną jest choroba niedokrwienna serca, choć może też być powikłaniem nadciśnienia, kardiomiopatii czy zapalenia mięśnia sercowego. Niewydolność serca dzieli się na lewo i/lub prawokomorową oraz na skurczową i rozkurczową. Niewydolność lewej komory powoduje zastój krwi w krążeniu płucnym i daje objawy z układu oddechowego – duszność, szczególnie przy wysiłku fizycznym i przy leżeniu, a niewydolność prawej komory serca powoduje zastój krwi w naczyniach żylnych. Gromadzenie się krwi w kończynach prowadzi do obrzęków, przede wszystkim w dolnej części nóg. Przewlekła niewydolność serca jest w krajach rozwiniętych pierwszą przyczyną hospitalizacji po 65. roku życia.



9. Wskaźnik hospitalizacji wśród cukrzyków

Województwo	*Wskaźnik [%] (2012)*	*Miejsce*	*Punkty*
pomorskie	3.6	1	5
opolskie	3.7	2	5
wielkopolskie	4.0	3	5
warmińsko-mazurskie	4.3	4	5
śląskie	4.5	5	5
lubuskie	5.0	6	3
podlaskie	5.1	7	3
dolnośląskie	5.2	8	3
mazowieckie	5.3	9	3
świętokrzyskie	5.6	10	3
łódzkie	5.8	11	3
zachodniopomorskie	5.8	12	3
kujawsko-pomorskie	6.4	13	1
lubelskie	6.6	14	1
podkarpackie	7.1	15	1
małopolskie	7.8	16	1



Sposób obliczania: Odsetek osób, które były hospitalizowane, wśród osób chorujących na cukrzycę.

Dane za okres: 2010 r.

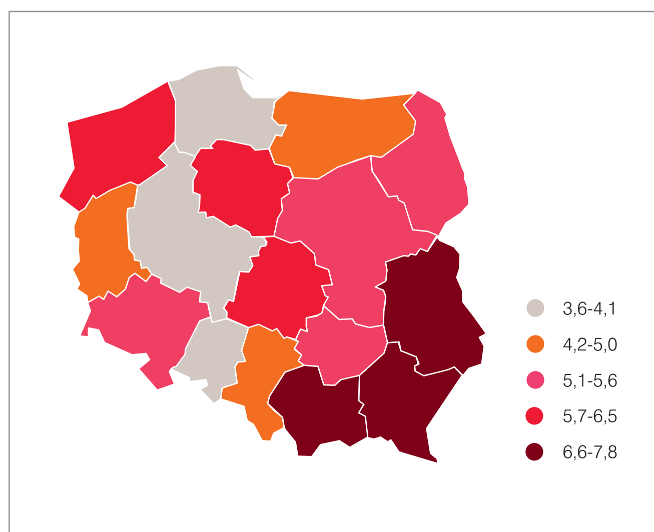
Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Uznaje się, że w przypadku prawidłowo prowadzonej i wyrównanej cukrzycy pacjenci powinni rzadko być hospitalizowani, w szczególności z powodu cukrzycy jako głównej przyczyny.
Jednocześnie należy przyjąć, że niewłaściwe jest przyjmowanie do szpitala pacjentów z cukrzycą np. tylko w celu pogłębionej diagnostyki lub ustalenia terapii. Takie postępowanie – hospitalizacja zamiast opieki w trybie ambulatoryjnym – jest nieefektywne, a często także nieskuteczne, ze względu na odmienne zachowania (dieta, ruch itp.) pacjentów w trakcie hospitalizacji i w warunkach domowych.
Im zatem niższy wskaźnik liczby hospitalizacji wśród osób z leczoną cukrzycą, tym lepsze funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w sensie jego skuteczności oraz efektywności ekonomicznej.

Aktualne wyniki: Z danych NFZ wynika, że najwyższy wskaźnik hospitalizacji w populacji osób leczonych z powodu cukrzycy występuje w województwach małopolskim i podkarpackim (rocznie ponad 7%), najniższy zaś w województwach pomorskim, opolskim i wielkopolskim (poniżej 4%).

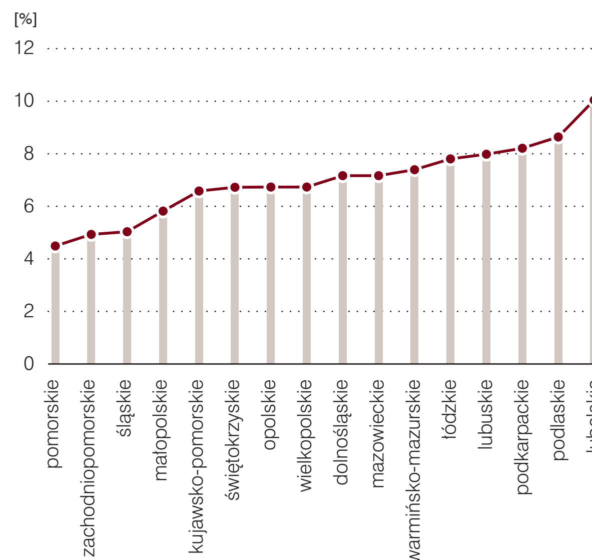
Uzasadnienie: W Polsce ok. 5–6% populacji ma zdiagnozowaną cukrzycę. Uznaje się, że 30–40% chorych na cukrzycę żyje z nierozpoznaną chorobą, co oznacza, że faktycznie choruje ok. 9% populacji. W 95% przypadków jest to cukrzyca typu 2. Prawdopodobnie przynajmniej połowa chorych na cukrzycę typu 2 nie jest zdiagnozowana. W ostatnich latach liczba zachorowań istotnie wzrasta, zwłaszcza w krajach rozwijających się, coraz częściej wykrywa się też ten typ cukrzycy u dzieci. Czynnikiem sprzyjającym pojawieniu się cukrzycy jest dieta bogata w tłuszcze i węglowodany.

Cukrzyca typu 1 występuje najczęściej w Ameryce Północnej (u 1 osoby na 400) i Europie (u 1 osoby na 500). W Polsce, według różnych szacunków, żyje 100–200 tys. osób z cukrzycą typu 1, a insuliną leczy się ok. 500 tys. osób.
W 2009 r., w porównaniu z ogólną liczbą hospitalizacji w Polsce, odsetek pacjentów leczonych na oddziałach szpitalnych z powodu cukrzycy wyniósł 1,15% i był wyższy niż w 2005 r. (1,01%) i 2007 r. (1,04%). Wśród pacjentów polskich szpitali (dane PZH) ok. 56% stanowiły osoby, u których zdiagnozowano cukrzycę typu 2, i 42% – cukrzycę typu 1 (w pozostałych nie określono typu).



10. Wskaźnik hospitalizacji wśród chorujących na przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych

Województwo	Wskaźnik [%] (2012)	Miejsce	Punkty
pomorskie	4.5	1	5
zachodniopomorskie	4.9	2	5
śląskie	5.0	3	5
małopolskie	5.8	4	5
kujawsko-pomorskie	6.5	5	3
świętokrzyskie	6.6	6	3
opolskie	6.7	7	3
wielkopolskie	6.7	8	3
dolnośląskie	7.1	9	3
mazowieckie	7.3	10	3
warmińsko-mazurskie	7.3	11	3
łódzkie	7.9	12	1
lubuskie	7.9	13	1
podkarpackie	8.1	14	1
podlaskie	8.6	15	1
lubelskie	10.0	16	1



Sposób obliczania: Odsetek osób, które były hospitalizowane, wśród osób chorujących na przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47).

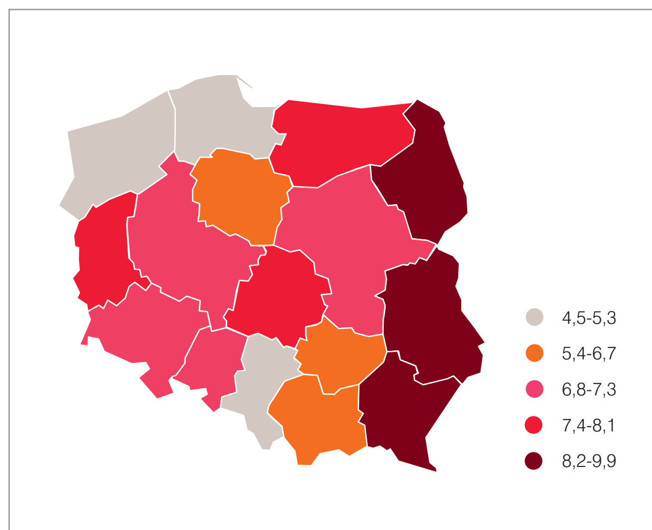
Dane za okres: 2010 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika:W każdej chorobie przewlekłej jedną z miar sukcesu terapeutycznego jest zapobieganie zaostrzeniom. W przypadku chorób dolnych dróg oddechowych typowymi zaostrzeniami są nasilenie duszności, zapalenie płuc i inne stany wymagające interwencji szpitalnej.
Z tego powodu można uznać, że mniejszy odsetek pacjentów hospitalizowanych w populacji chorych na choroby dolnych dróg oddechowych świadczy o lepszej i skuteczniejszej opiece na etapie przedszpitalnym. Poza tym przyjmowanie pacjentów z tymi schorzeniami do szpitala bez ważnej konieczności, jedynie jako zastępstwo opieki w trybie ambulatoryjnym, także należy uznać za niewłaściwe.

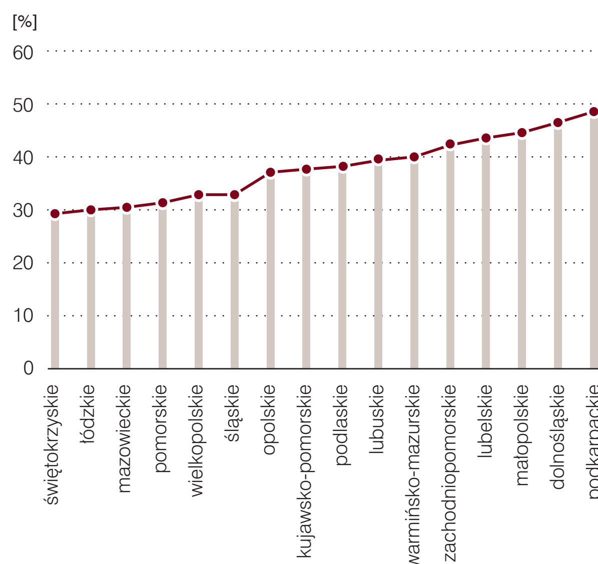
Aktualne wyniki: Najwyższy wskaźnik hospitalizacji w populacji osób chorujących na choroby dolnych dróg oddechowych odnotowano w 2010 r. w województwach lubelskim, podlaskim i podkarpackim (ponad 8%). Z drugiej strony najniższe wskaźniki obserwowano w województwach pomorskim, zachodniopomorskim i śląskim.

Uzasadnienie: Do kategorii przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych zalicza się: przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc, rozstrzenie oskrzeli, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i astmę oskrzelową. Z badań Zakładu Epidemiologii SUM wynika, że z leczenia szpitalnego z powodu astmy w 2010 r. skorzystało 18,1% pacjentów. Odsetek ten różnił się w sposób istotny statystycznie u osób z poszczególnymi stopniami kontroli choroby. W Polsce POChP jest jedną z najczęściej występujących przewlekłych jednostek chorobowych – dotyka bezpośrednio ok. 15% populacji. Zaostrzenia występują u dużego odsetka chorych na POChP, częściej u pacjentów z ciężką i bardzo ciężką postacią choroby. Zaostrzenia o cięższym przebiegu wymagają zwykle hospitalizacji. Ponadto chorzy na POChP są często przyjmowani do szpitala z powodu zaostrzeń w przebiegu chorób współistniejących, np. choroby wieńcowej.



11. Wskaźnik hospitalizacji wśród leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności serca (I50)

Województwo	Wskaźnik [%] (2012)	Miejsce	Punkty
świętokrzyskie	29.6	1	5
łódzkie	30.1	2	5
mazowieckie	30.8	3	5
pomorskie	31.7	4	5
wielkopolskie	33.1	5	5
śląskie	33.2	6	5
opolskie	37.6	7	3
kujawsko-pomorskie	38.1	8	3
podlaskie	38.6	9	3
lubuskie	40.0	10	3
warmińsko-mazurskie	40.4	11	3
zachodniopomorskie	43.3	12	1
lubelskie	43.7	13	1
małopolskie	45.0	14	1
dolnośląskie	47.0	15	1
podkarpackie	48.1	16	1



Sposób obliczania: Liczba hospitalizacji wśród osób leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności serca (I50).

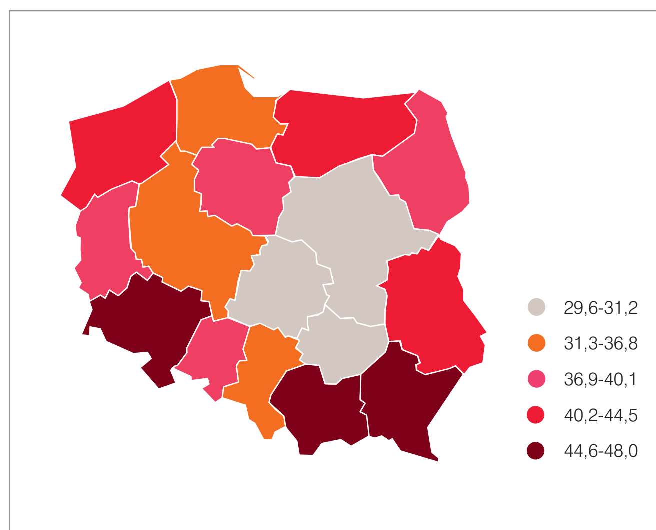
Dane za okres: 2011 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Podobnie jak w innych chorobach przewlekłych, jedną z podstawowych miar sukcesu terapeutycznego jest zapobieganie zaostrzeniom. W przypadku przewlekłej niewydolności serca takim zaostrzeniem jest stan ostrej niewydolności, objawiający się m.in. obrzękiem płuc lub masywnymi obrzękami obwodowymi, co wymaga interwencji szpitalnej. Można uznać zatem, że skuteczniejsza opieka na poziomie ambulatoryjnym, zapewniająca stabilność pacjenta, powoduje mniej częste hospitalizacje. Hospitalizacja w populacji osób leczonych z powodu niewydolności serca może być zatem wskaźnikiem jakości opieki nad tą grupą chorych.

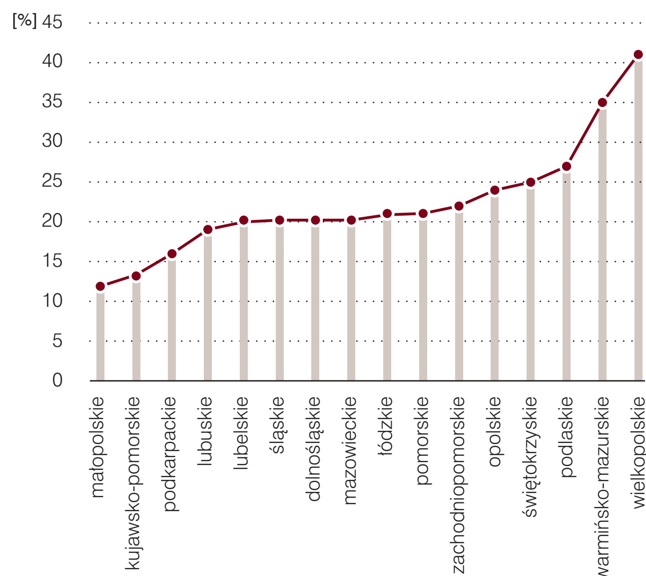
Aktualne wyniki: W 2011 r. największy odsetek hospitalizacji z powodu niewydolności serca wśród osób leczonych z tego powodu zanotowano w województwach podkarpackim, dolnośląskim i małopolskim (ponad 45%). Najniższe wartości tego wskaźnika odnotowano natomiast w województwach mazowieckim, łódzkim i świętokrzyskim.

Uzasadnienie: Przewlekła niewydolność serca to postępujący zespół objawów wynikających ze zmniejszenia pojemności wyrzutowej serca. Jego najczęstszą przyczyną jest choroba niedokrwienna serca, choć może też być powikłaniem nadciśnienia, kardiomiopatii czy zapalenia mięśnia sercowego. Niewydolność serca dzieli się na lewo- i/lub prawokomorową oraz na skurczową i rozkurczową. Niewydolność lewej komory powoduje zastój krwi w krążeniu płucnym i daje objawy z układu oddechowego – duszność, szczególnie przy wysiłku fizycznym i przy leżeniu. Niewydolność prawej komory serca skutkuje zastojem krwi w naczyniach żylnych. Gromadzenie się krwi w kończynach prowadzi do obrzęków, przede wszystkim w dolnej części nóg.
Przewlekła niewydolność serca jest w krajach rozwiniętych pierwszą przyczyną hospitalizacji po 65. roku życia. Odpowiednio leczona u większości pacjentów może być kontrolowana, wciąż jest jednak stanem zagrażającym życiu, z roczną śmiertelnością rzędu 10%. Ostra niewydolność serca jest klinicznie zespołem, który często występuje wskutek dekompensacji przewlekłej niewydolności serca.



12. Proporcja liczby hospitalizowanych do liczby leczonych ambulatoryjnie w psychiatrii

Województwo	*Wskaźnik [%] (2012)*	*Miejsce*	*Punkty*
małopolskie	12	1	5
kujawsko-pomorskie	13	2	5
podkarpackie	16	3	5
lubuskie	19	4	3
lubelskie	20	5	3
śląskie	20	6	3
dolnośląskie	20	7	3
mazowieckie	20	8	3
łódzkie	21	9	3
pomorskie	21	10	3
zachodniopomorskie	22	11	3
opolskie	24	12	1
świętokrzyskie	25	13	1
podlaskie	27	14	1
warmińsko-mazurskie	35	15	1
wielkopolskie	41	16	1



Sposób obliczania: Sposób obliczania: Iloraz liczby osób leczonych stacjonarnie do liczby osób leczonych w opiece psychiatrycznej.

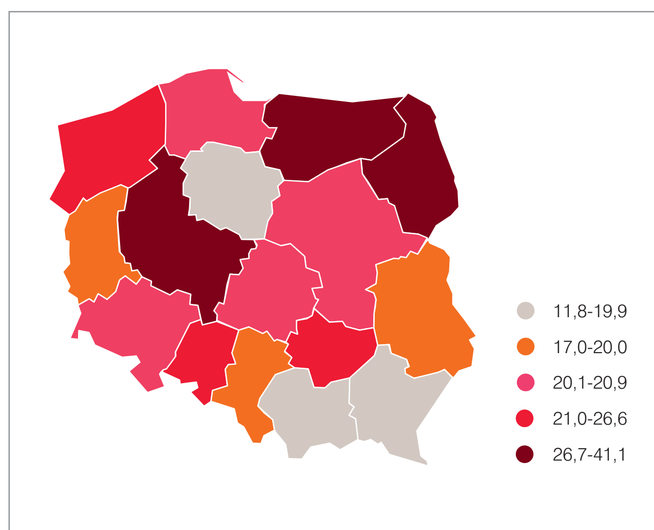
Dane za okres: 2011 r.

Źródło danych: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Interpretacja wskaźnika: Przesuwanie ciężaru leczenia psychiatrycznego z wielkich szpitali psychiatrycznych zlokalizowanych w odległych lokalizacjach na mniejsze, działające lokalnie jednostki organizacyjne to jedno z głównych założeń Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego. Proponowany model opieki skoncentrowany jest na opiece środowiskowej, bliskiej naturalnemu środowisku życia pacjenta, i opiece ambulatoryjnej, wspartej opieką stacjonarną zlokalizowaną w szpitalach ogólnych.
Stopień realizacji tych założeń jest zróżnicowany terytorialnie, przede wszystkim zróżnicowana jest liczba osób leczonych szpitalnie do wszystkich objętych opieką pacjentów psychiatrycznych. Proporcja ta wskazuje na rolę tradycyjnego podejścia skoncentrowanego na opiece szpitalnej, ale może także wskazywać na różnice w liczbie osób objętych opieką w ogóle – a zatem obrazować skłonność do zasięgania poradnictwa psychiatrycznego w lokalnej populacji.

Aktualne wyniki: Z danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii wynika, że w 2011 r. najwyższy odsetek pacjentów z zaburzeniami psychicznymi leczonych szpitalnie obserwowany był w województwach wielkopolskim, warmińsko-mazurskim i podlaskim (27–41%).
Najmniejsza proporcja leczonych szpitalnie do leczonych ambulatoryjnie obserwowana była w województwach małopolskim, kujawsko-pomorskim, podkarpackim, a nawet lubuskim, które skądinąd słynie z dużej liczby hospitalizowanych psychiatrycznie, przy czym duża część z tych osób to pacjenci spoza województwa lubuskiego.

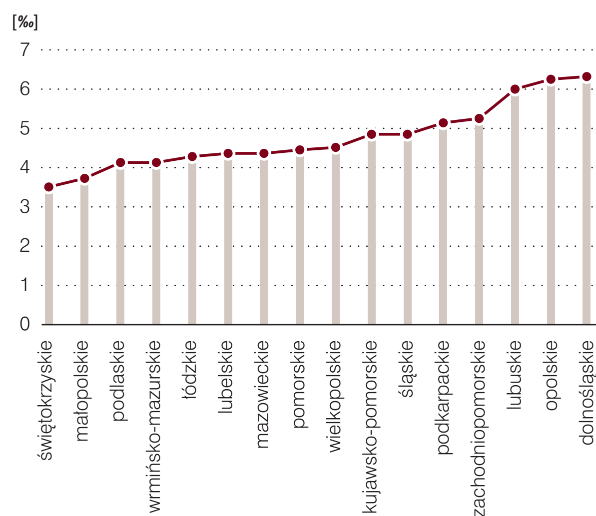
Uzasadnienie: W 2010 r. przyjęto rozporządzenie Rady Ministrów wprowadzające Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. W uzasadnieniu tego programu zapisano, że nowoczesny model opieki psychiatrycznej powinien bazować silnie na opiece środowiskowej, ambulatoryjnej, tylko w absolutnie koniecznych przypadkach odwołując się do opieki stacjonarnej. W treści uzasadnienia do rozporządzenia stwierdza się, że od 1990 r. wskaźniki wszystkich zaburzeń psychicznych obserwowane w Polsce bardzo szybko wzrastały (ponad dwukrotny wzrost wskaźnika w opiece ambulatoryjnej i 50-procentowy w stacjonarnej), co przypisano zmianom ustrojowym kraju, które wymagały szybkiego dostosowania się do nowych warunków, i związanemu z tym stresowi. Pewien wpływ na liczbę odnotowanych przypadków zaburzeń psychicznych mogła mieć także lepsza dostępność do opieki psychiatrycznej i zmniejszenie stygmatyzacji związanej z leczeniem tego typu. Obserwowano sukcesywny wzrost zarówno zapadalności, jak i rozpowszechnienia zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, zwłaszcza w najmłodszych grupach wieku. ▷



Stwierdzono wzrost liczby leczonych z powodu zaburzeń rozwojowych i zaburzeń emocji wśród dzieci, co należy przypisać wzrostowi świadomości rodziców.
W latach 1990–2000 w opiece ambulatoryjnej nie zanotowano znaczących zmian w liczbie placówek. Po 2000 r. nastąpił ponad dwukrotny wzrost (z 491 do 1218) liczby poradni zdrowia psychicznego, co znacząco poprawiło terytorialną dostępność tej formy opieki.
Po 1990 r. nastąpiła redukcja bazy w szpitalach psychiatrycznych do ok. 13 tys. łóżek, a średni roczny czas leczenia skrócił się z 66 dni w 1990 r. do 35 dni w 2007 r. Obecnie nadal 60% lecznictwa stacjonarnego zlokalizowane jest w 54 szpitalach psychiatrycznych (łącznie z regionalnymi ośrodkami psychiatrii sądowej). Zmniejszaniu liczby szpitali psychiatrycznych towarzyszył pożądany, ale zbyt powolny proces powstawania oddziałów psychiatrycznych w strukturach zakładów niepsychiatrycznych, głównie szpitali ogólnych. Także dynamiczny wzrost liczby ośrodków dziennych oraz placówek ambulatoryjnych jest dobrą tendencją. Za rozwojem odpowiedniej infrastruktury powinna jeszcze podążać zmiana praktyki terapii psychiatrycznej, co jest jednak procesem dość powolnym i nierównomiernym w skali kraju.

13. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych

Województwo	*Wskaźnik [‰] (2012)*	*Miejsce*	*Punkty*
świętokrzyskie	3.6	1	5
małopolskie	3.8	2	5
podlaskie	4.1	3	3
warmińsko-mazurskie	4.1	3	3
łódzkie	4.2	5	3
lubelskie	4.3	6	3
mazowieckie	4.3	6	3
pomorskie	4.4	8	3
wielkopolskie	4.5	9	3
kujawsko-pomorskie	4.8	10	3
śląskie	4.8	10	3
podkarpackie	5.1	12	3
zachodniopomorskie	5.2	13	3
lubuskie	6.0	14	1
opolskie	6.2	15	1
dolnośląskie	6.3	16	1



Sposób obliczania: Sposób obliczania: Liczba zgonów dzieci poniżej 1. roku życia na 1000 urodzeń żywych w danym roku.

Dane za okres: 2012 r.

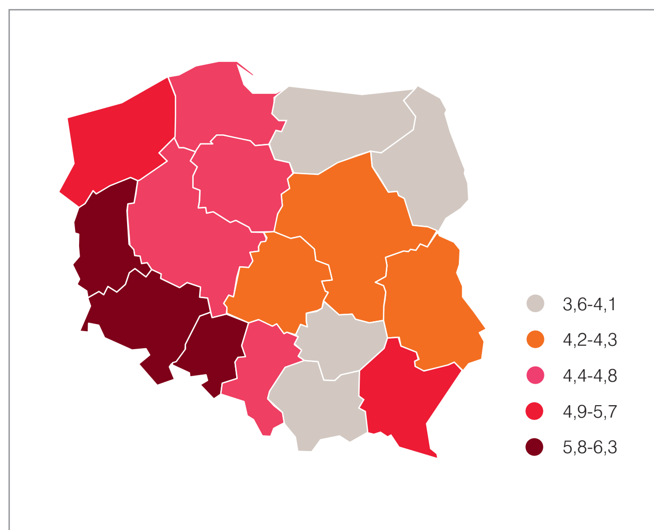
Źródło danych: Główny Urząd Statystyczny.

Interpretacja wskaźnika: Niższy wskaźnik umieralności niemowląt lepiej świadczy o szeroko rozumianej sprawności systemu ochrony zdrowia w danym województwie.
Wskaźnik umieralności niemowląt jest jednym ze wskaźników uznawanych za syntetyczny miernik stanu zdrowia społeczeństwa i poziomu świadczeń zdrowotnych. Uznaje się, że w największym stopniu jest on determinowany stanem zdrowia matki oraz jakością i bezpieczeństwem prowadzenia ciąży, w tym zachowaniami zdrowotnymi matki w czasie ciąży.
Wpływ systemu ochrony zdrowia nie jest jedynym ani nawet dominującym czynnikiem wpływającym na ten wskaźnik w krajach wysoko uprzemysłowionych (wady wrodzone, malformacje genetyczne), co jednak nie znaczy, że w ogóle nie istnieje.

Aktualne wyniki: W 2012 r. najwyższy współczynnik umieralności niemowląt występował w woj. dolnośląskim (6,3 zgonów/1000 żywych urodzeń), najniższy zaś w woj. świętokrzyskim (3,6 zgonów/1000 żywych urodzeń). Wysokie współczynniki obserwowano także w województwach opolskim (6,2), lubuskim (6) i zachodniopomorskim (5,2). Niskie zaś w województwach Polski Wschodniej (małopolskim, warmińsko-mazurskim i podlaskim).

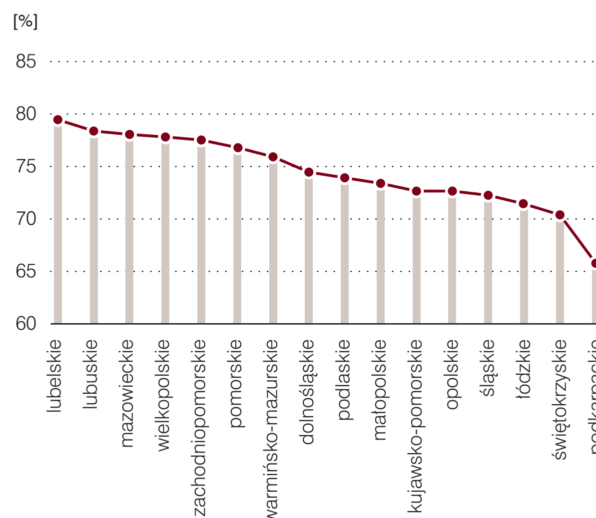
Uzasadnienie: Współczynnik zgonów niemowląt oblicza się jako stosunek zgonów dzieci poniżej 1. roku życia w danym roku do liczby żywych urodzeń zarejestrowanych w ciągu tego roku. Współczynnik otrzymany w ten sposób jest stopą okresową. Oblicza się ją zazwyczaj na 1000 (w rozumieniu: na 1000 żywych urodzeń). Głównymi przyczynami umieralności niemowląt są patologie okresu okołoporodowego (51% ogólnej liczby zgonów noworodków) i wady rozwojowe (31% ogólnej liczby zgonów noworodków). Inne często występujące przyczyny to choroby zakaźne i pasożytnicze, choroby układu oddechowego oraz zewnętrzne przyczyny zgonów.
Do stanów mających największy wpływ na umieralność niemowląt należą zbyt krótki czas trwania ciąży i niedotlenienie wewnątrzmaciczne. Oba te stany często zależą od stanu zdrowia i higieny życia matki w czasie ciąży. Najczęściej występującymi wadami są wrodzone wady serca.

W Polsce Instytut Matki i Dziecka prowadzi systematyczną analizę umieralności okołoporodowej. Analiza ta wskazuje, że umieralność okołoporodowa lub martwe urodzenia noworodków są ściśle związane z bardzo niską lub niską masą urodzeniową noworodka. Dokonywane okresowo analizy umieralności okołoporodowej w Polsce wskazują na zróżnicowanie poziomu współczynników zarówno w czasie, jak i terytorialnie. Wieloletni wysiłek różnych instytucji wkładany w organizację opieki perinatalnej w Polsce przyczynił się do spadku umieralności niemowląt. W 1950 r. umieralność niemowląt w Polsce wynosiła 112,2‰, w 1989 r. – 18,5‰, natomiast w 2005 r. – 6,8‰. Mimo tego spadku, umieralność niemowląt w Polsce jest nadal wyższa niż w krajach Europy Zachodniej. W 1999 r. najwyższy wskaźnik umieralności okołoporodowej stwierdzono w woj. dolnośląskim (13,7‰), najniższy w woj. warmińsko-mazurskim (7,9‰). W 2005 r. najwyższy wskaźnik umieralności okołoporodowej zanotowano w woj. dolnośląskim (9,32‰), najniższy w woj. opolskim (5,75‰).



14. Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka piersi

Województwo	*Wskaźnik [%] (2012)*	*Miejsce*	*Punkty*
lubelskie	79.4	1	5
lubuskie	77.7	2	5
mazowieckie	77.7	3	5
wielkopolskie	77.6	4	5
zachodniopomorskie	77.4	5	5
pomorskie	77.2	6	5
warmińsko-mazurskie	76.2	7	3
dolnośląskie	75.8	8	3
podlaskie	74.2	9	3
małopolskie	73.7	10	3
kujawsko-pomorskie	72.8	11	1
opolskie	72.5	12	1
śląskie	72.0	13	1
łódzkie	71.6	14	1
świętokrzyskie	70.5	15	1
podkarpackie	66.5	16	1



Sposób obliczania: Sposób obliczania: Odsetek osób, które rozpoczęły leczenie raka piersi (C50) w 2007 r., żyjących w 2012 r.

Dane za okres: 2007 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Przeżycie 5-letnie w terapii nowotworów jest uznanym miernikiem sukcesu terapeutycznego. Wskaźnik może świadczyć o następujących czynnikach:

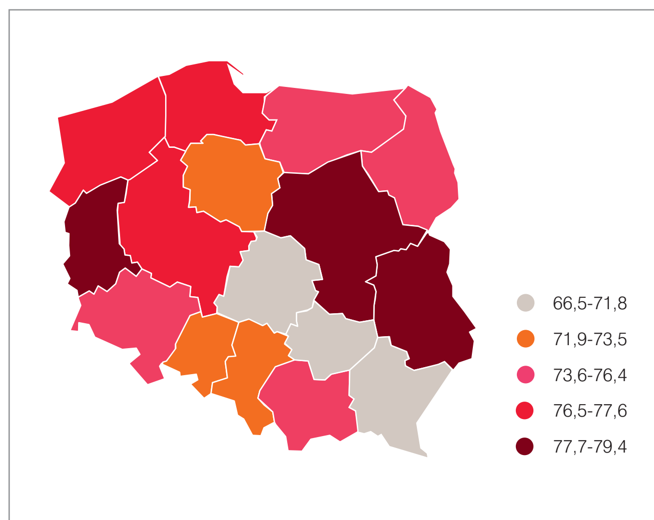
1) skuteczności terapeutycznej poszczególnych placówek i systemu złożonego z wielu takich placówek, z uwagi na złożony i długotrwały charakter procesu terapeutycznego,
2) stadium klinicznym, w jakim rozpoczynane jest leczenie (stopniu zaawansowania nowotworu), co jest pochodną skuteczności programu przesiewowego (w drugim roku jego działania) oraz spontanicznych wykryć zmian nowotworowych,
3) edukacji i świadomości zdrowotnej kobiet, co w części jest zależne od poradnictwa oferowanego przez lekarzy POZ i ginekologów,
4) innych czynników, takich jak średni wiek rozpoznania, typ histopatologiczny itp.

Aktualne wyniki: Z danych NFZ wynika, że w 2007 r. odsetek 5-letnich przeżyć był najniższy w woj. podkarpackim (66%), a najwyższy w woj. lubelskim (79%). W większości województw zmiany 5-letnich odsetków przeżyć w latach poprzedzających badanie były niewielkie (2–3 punkty procentowe), co może wskazywać na przypadkowe zmiany. Są jednak województwa,

w których różnice te są bardziej znaczące i ich zmiany bardziej systematyczne. Tak się dzieje w przypadku różnic między skrajnymi województwami: w woj. lubelskim w latach 2004–2007 wskaźniki przeżycia poprawiły się o 6 punktów procentowych, a w podkarpackim nastąpił w tym samym czasie spadek z 75% do 66%.

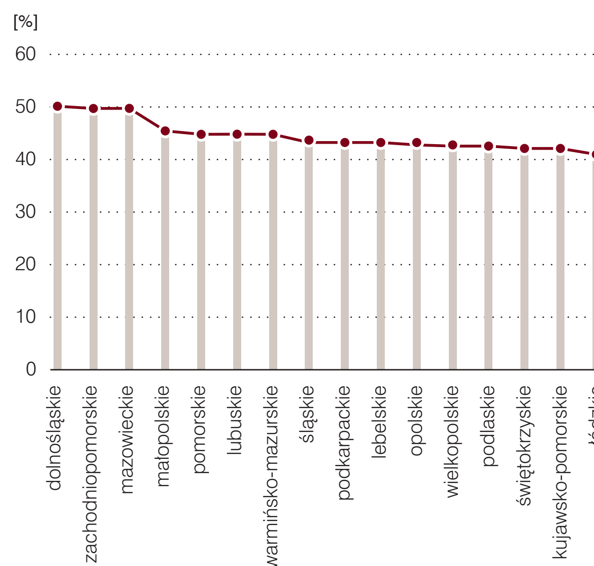
Uzasadnienie: Wskaźnik wykorzystany w niniejszym Indeksie nie jest tożsamy ze wskaźnikiem przeżyć 5-letnich publikowanym przez Krajowy Rejestr Nowotworów oraz stosowanym w porównaniach międzynarodowych, dlatego nazwano go nieco odmiennie – jako odsetek osób żyjących po 5 latach od rozpoczęcia terapii.
Odsetek osób przeżywających 5 lat dotyczy populacji chorych, u których nowotwór rozpoznano w 2007 r. i które przeżyły do 2012 r., zatem jest to miernik najbardziej aktualny w chwili opracowywania niniejszego materiału.
Wskaźnik użyty w analizie nie został skorygowany o różnice wieku populacji tych województw. Nie zróżnicowano także postaci raka piersi i stadiów klinicznych u leczonych chorych. Nieuwzględnienie tych zmiennych w pewnym stopniu mogło wpłynąć na wynik, w tym na względną pozycję poszczególnych województw wobec siebie. Skala tego wpływu i jego kierunek nie są znane.

W literaturze przedmiotu wskazuje się różne czynniki, które wpływają na różnice w długości przeżycia osób z rakiem piersi. Najczęściej wymienia się: wiek rozpoznania, status socjoekonomiczny chorych oraz dobór terapii. Niektóre brytyjskie doniesienia wskazują na silny związek długości przeżycia z doświadczeniem operującego chirurga.



15. Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka jelita grubego

Województwo	*Wskaźnik [%] (2012)*	*Miejsce*	*Punkty*
dolnośląskie	50.0	1	5
zachodniopomorskie	49.8	2	5
mazowieckie	49.1	3	5
małopolskie	45.8	4	5
pomorskie	45.7	5	3
lubuskie	44.9	6	3
warmińsko-mazurskie	44.6	7	3
śląskie	44.5	8	3
podkarpackie	44.3	9	3
lubelskie	44.2	10	3
opolskie	43.6	11	1
wielkopolskie	43.5	12	1
podlaskie	43.5	13	1
świętokrzyskie	43.0	14	1
kujawsko-pomorskie	42.2	15	1
łódzkie	40.9	16	1



Sposób obliczania: Sposób obliczania: Odsetek osób, które rozpoczęły leczenie raka jelita grubego (C18-C21) w 2007 r., żyjących w 2012 r.

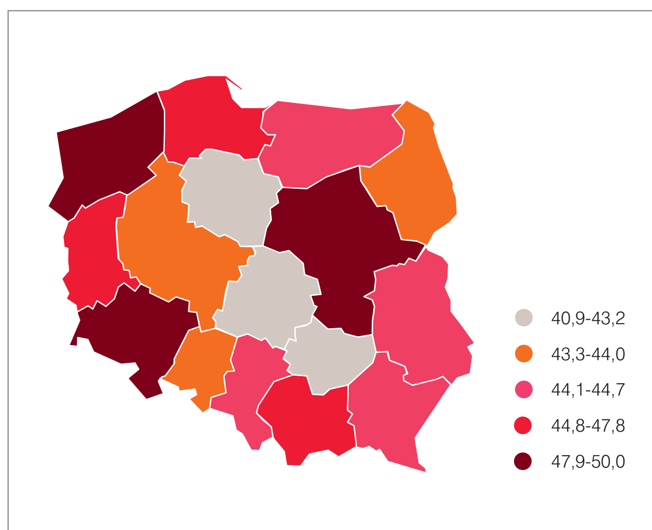
Dane za okres: 2007 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Przeżycie 5-letnie w terapii nowotworów jest uznanym miernikiem sukcesu terapeutycznego. Wskaźnik może świadczyć o następujących zjawiskach:
1) skuteczności terapeutycznej poszczególnych placówek i systemu złożonego z wielu takich placówek, z uwagi na złożony i długotrwały charakter procesu terapeutycznego,
2) stadium klinicznym, w jakim rozpoczynane jest leczenie (stopniu zaawansowania nowotworu), co jest pochodną skuteczności wykrywania zmian nowotworowych jelita grubego (w tym badań przesiewowych, słabo obecnie rozwiniętych),
3) edukacji i świadomości zdrowotnej chorych, co w części jest zależne od poradnictwa oferowanego przez lekarzy POZ,
4) innych czynników, takich jak średni wiek rozpoznania, typ histopatologiczny itp.

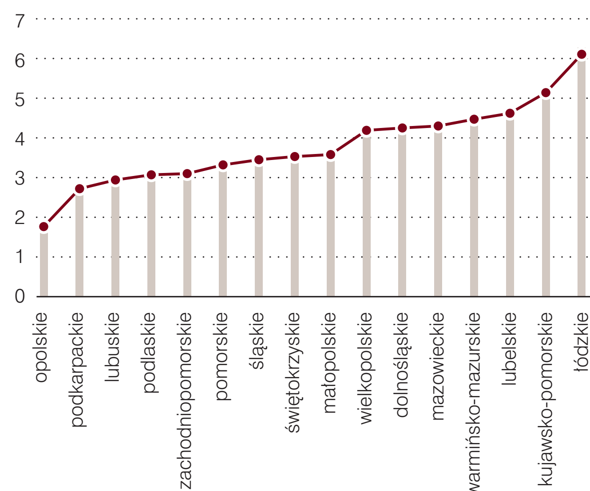
Aktualne wyniki: Krzywa obrazująca odsetek osób żyjących 5 lat lub dłużej po rozpoznaniu raka jelita grubego jest bardziej płaska niż krzywa dla raka piersi. Oznacza to, że różnice między województwami w 5-letnich przeżyciach są mniej zaznaczone. Z danych NFZ wynika, że w 2007 r. odsetek 5-letnich przeżyć był najniższy w woj. łódzkim (ok. 41%), a najwyższy w woj. dolnośląskim (50%). W większości województw zmiany 5-letnich odsetków przeżyć w latach poprzedzających badanie były niewielkie (2–3 punkty procentowe). W niektórych województwach zmiany odsetka przeżywających były bardziej dynamiczne, ale ich wektor w poprzednich latach nie był stabilny (np. w dolnośląskim zmiana o 8 punktów między rokiem 2006 a 2007), co może wskazywać na pewną przypadkowość. W innych jednak tendencje są bardziej stabilne i jednoznaczne (np. w łódzkim, gdzie obserwuje się brak poprawy, czy mazowieckim, gdzie stwierdza się stabilny wzrost odsetka przeżywających od 2004 r. do 2007 r.).

Uzasadnienie: Wskaźnik wykorzystany w niniejszym Indeksie nie jest tożsamy ze wskaźnikiem przeżyć 5-letnich publikowanym przez Krajowy Rejestr Nowotworów oraz stosowanym w porównaniach międzynarodowych, dlatego nazwano go nieco odmiennie – jako odsetek osób żyjących po 5 latach od rozpoczęcia terapii.
Odsetek osób przeżywających 5 lat dotyczy populacji chorych, u których nowotwór rozpoznano w 2007 r. i które przeżyły do 2012 r., zatem jest to miernik najbardziej aktualny w chwili opracowywania niniejszego materiału.
Wskaźnik użyty w analizie nie został skorygowany o różnice wieku populacji tych województw. Nie zróżnicowano także postaci raka jelita grubego i stadiów klinicznych u leczonych chorych. Nieuwzględnienie tych zmiennych w pewnym stopniu mogło wpłynąć na wynik, w tym na względną pozycję poszczególnych województw wobec siebie. Skala tego wpływu i jego kierunek nie są znane.
W literaturze przedmiotu wskazuje się na różne czynniki, które wpływają na różnice w długości przeżycia osób z rakiem jelita grubego. Najczęściej wymienia się: wiek rozpoznania, status socjoekonomiczny chorych oraz dobór terapii, w tym doświadczenie operującego chirurga.



16. Zgony do uniknięcia w POChP

Województwo	*Wskaźnik (2012)*	*Miejsce*	*Punkty*
opolskie	1.77	1	5
podkarpackie	2.73	2	5
lubuskie	2.95	3	5
podlaskie	3.07	4	5
zachodniopomorskie	3.10	5	5
pomorskie	3.32	6	3
śląskie	3.45	7	3
świętokrzyskie	3.53	8	3
małopolskie	3.58	9	3
wielkopolskie	4.19	10	3
dolnośląskie	4.25	11	3
mazowieckie	4.30	12	3
warmińsko-mazurskie	4.47	13	3
lubelskie	4.64	14	3
kujawsko-pomorskie	5.04	15	1
łódzkie	6.26	16	1



Sposób obliczania: Sposób obliczania: Zgony z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) (J40-42, J44) w wieku 0–65 lat, na 100 tys. mieszkańców.

Dane za okres: 2010 r.

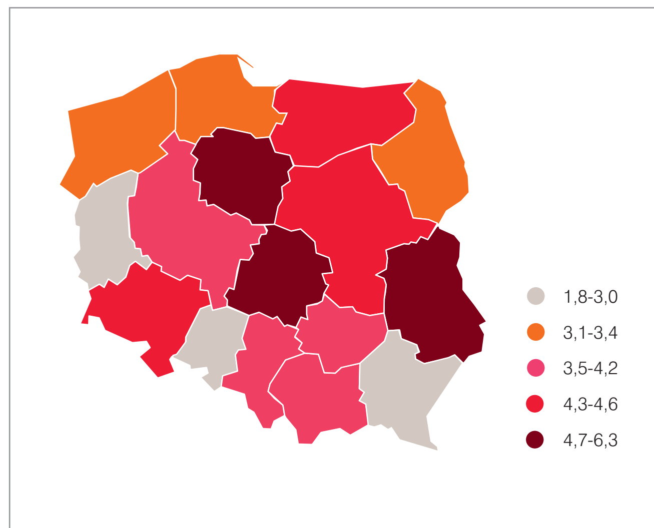
Źródło danych: Główny Urząd Statystyczny.

Interpretacja wskaźnika: Koncepcja zgonów do uniknięcia wg WHO zakłada, że w pewnych schorzeniach zgony z ich powodu – przed osiągnięciem określonego wieku – stanowią dowód na nieskuteczność interwencji systemu ochrony zdrowia. Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest chorobą nieuleczalną, której przebieg można jednak modyfikować poprzez zaprzestanie ekspozycji na zanieczyszczenia powietrza (głównie dym tytoniowy) oraz odpowiednią terapię lekową, ewentualnie popartą rehabilitacją oddechową. Leczenie farmakologiczne stosowane w POChP ma jedynie charakter objawowy: poprawia komfort życia poprzez łagodzenie objawów i poprawę wydolności wysiłkowej, zmniejsza częstość zaostrzeń, a co za tym idzie – liczbę hospitalizacji. Interwencje dotyczące eliminacji ekspozycji na zanieczyszczenie powietrza, zmniejszenia objawów i zapobiegania zaostrzeniom mogą prowadzić do zmniejszenia ryzyka zgonu z powodu POChP, szczególnie w młodszym wieku (przed 65. rokiem życia).

Aktualne wyniki: W 2010 r. najwyższe wskaźniki zgonów do uniknięcia z powodu POChP występowały w województwach łódzkim i kujawsko-pomorskim (pow. 10/100 tys.), najniższe zaś w województwach opolskim oraz podkarpackim i lubuskim.

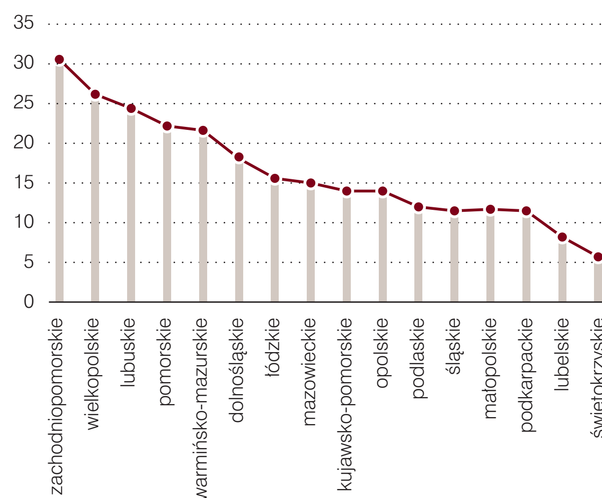
Uzasadnienie: Pojęcie „zgony do uniknięcia" oznacza umowną kategorię zgonów tzw. przedwczesnych, z powodu chorób co do zasady uleczalnych. Jest to zatem umieralność, której – w danym przedziale wieku – można zapobiec poprzez skuteczne działania obejmujące promocję zdrowia, profilaktykę, a także właściwe postępowanie diagnostyczne, terapeutyczne i rehabilitacyjne. „Zgony do uniknięcia" stanowią kompleksowy miernik skuteczności systemu ochrony zdrowia w odniesieniu do kontroli zachorowalności i śmiertelności w wybranych grupach chorób, w wymiarze populacyjnym. Klasyczna cezura czasowa stosowana do zdefiniowania zgonów do uniknięcia to 65 lat. W niektórych krajach (np. skandynawskich) przyjmuje się wyższe pułapy wieku, co wynika z dłuższej spodziewanej długości życia w tych krajach. Także OECD w ostatnich publikacjach (nt. *amendable death*) proponuje granicę 70 lat. Przewlekła obturacyjna choroba płuc to jedna z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie. Co roku z powodu tego schorzenia umiera ok. 3 mln osób, w samej Polsce ok. 14 tys. osób. Choroba ta charakteryzuje się ograniczeniem przepływu powietrza przez dolne drogi oddechowe. Jest to swoiste połączenie zmian patologicznych typowych dla przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc. Chory na POChP odczuwa duszność, która początkowo pojawia się podczas wysiłku, z czasem nasila się i staje się dolegliwością występującą w spoczynku. Inne objawy, które mogą towarzyszyć rozwojowi choroby, to świszczący oddech, uczucie ucisku w klatce piersiowej i przewlekły kaszel ze skąpym wykrztuszaniem plwociny. Rozpoznanie ustala się na podstawie badania spirometrycznego. Leczenie ma charakter objawowy.

Jest to choroba nieuleczalna, a działania lekarskie mają na celu spowolnienie procesu chorobowego i poprawę komfortu życia pacjenta.Główną przyczyną stanu zapalnego w płucach i oskrzelach jest palenie papierosów – 80–90% chorych na POChP to aktywni lub bierni palacze. Inne czynniki ryzyka, takie jak szkodliwe działanie pyłów przemysłowych i gazów (np. związane z ekspozycją zawodową), mają w Polsce mniejsze znaczenie.
W Polsce POChP to jedna z najczęściej występujących przewlekłych jednostek chorobowych – dotyka bezpośrednio ok. 15% populacji. Zaostrzenia występują u dużego odsetka chorych, częściej u pacjentów z ciężką i bardzo ciężką postacią POChP.



17. Liczba pobrań narządów od zmarłych

Województwo	Wskaźnik (2012)	Miejsce	Punkty
zachodniopomorskie	30.6	1	5
wielkopolskie	26.2	2	5
lubuskie	24.0	3	5
pomorskie	22.2	4	5
warmińsko-mazurskie	21.4	5	5
dolnośląskie	18.3	6	5
łódzkie	15.6	7	3
mazowieckie	15.0	8	3
kujawsko-pomorskie	14.0	9	3
opolskie	14.0	9	3
podlaskie	11.7	11	1
śląskie	11.7	11	1
małopolskie	11.5	13	1
podkarpackie	11.4	14	1
lubelskie	8.2	15	1
świętokrzyskie	5.4	16	1



Sposób obliczania: Sposób obliczania: Liczba pobrań narządów od zmarłych dawców w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców.

Dane za okres: 2012 r.

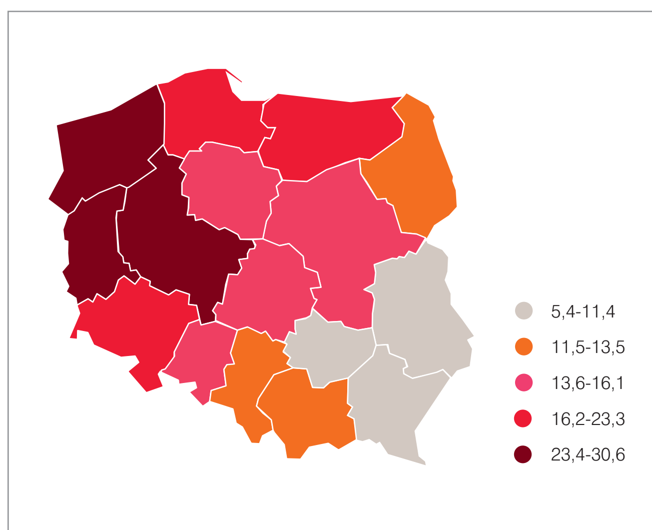
Źródło danych: Poltransplant.

Interpretacja wskaźnika: Rozwój programu pobierania narządów od zmarłych zależy nie tylko od czynników systemowych – regulacji prawnych, wsparcia organizacyjnego czy finansowego, lecz także nastawienia lekarzy oraz społeczności lokalnej, w tym rodzin.
Najwyższa w Polsce liczba pobrań narządów od dawców zmarłych jest w Wielkopolsce i Zachodniopomorskiem, gdzie działa kilku koordynatorów. W niektórych regionach liczba pobrań jest jednak znacznie niższa, m.in. w województwach świętokrzyskim, podkarpackim, małopolskim i lubelskim. Wskaźnik pobrań narządów jest zatem wskaźnikiem syntetycznym, mierzącym sumaryczny wynik bardzo wielu, często niezależnych od siebie procesów. W sumie jednak wskaźnik ten prezentuje wkład, jaki poszczególne województwa i ich społeczności wkładają w ogólnonarodowy wysiłek ratowania osób wymagających przeszczepów.

Aktualne wyniki: Z danych Biuletynu Informacyjnego Poltransplant wynika, że w 2012 r. najmniej pobrań dokonano w województwach świętokrzyskim i lubelskim (poniżej 10/1 mln mieszkańców), najwięcej zaś w województwach zachodnio-pomorskim i wielkopolskim (powyżej 25/1 mln mieszkańców).

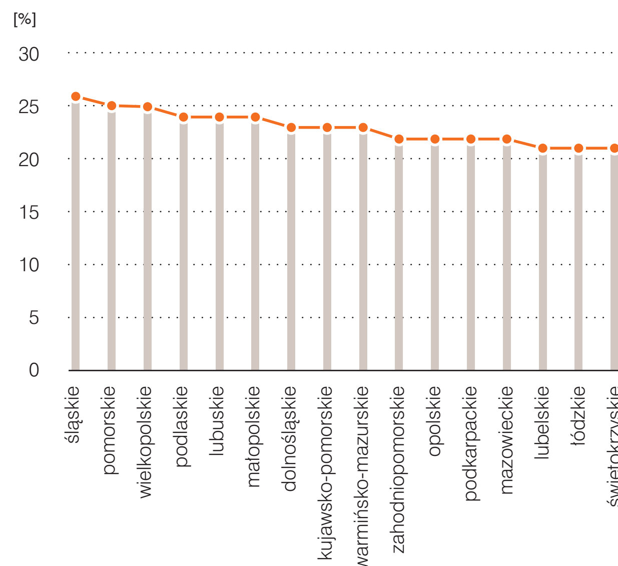
Uzasadnienie: Transplantologia jest dziedziną bardzo wymagającą zarówno z profesjonalnego, jak i etycznego punktu widzenia. Od wielu lat transplantacje są silnie wspierane przez władze państwowe oraz odpowiednie instytucje (Poltransplant), m.in. poprzez dobre finansowanie, kampanie uświadamiające i regulacje prawne. W dalszym ciągu jednak w niektórych środowiskach, profesjonalnych i społecznych, pojawiają się mieszane opinie co do idei i praktyki transplantologii. Dopóki nauka nie pozwoli na wytwarzanie sztucznych organów o podobnej sprawności do biologicznych, transplantacja organów będzie jedyną nadzieją dla wielu osób.
Największym problemem transplantologii jest niewystarczająca liczba organów do przeszczepienia. W poszczególnych krajach UE obserwuje się znaczne różnice w liczbie dawców (na 1 mln mieszkańców): od 34,6 w Hiszpanii, 21 – we Francji, 14,7 – w Polsce, 13,8 – w Wielkiej Brytanii, do 6 – w Grecji i tylko 0,5 w Rumunii.
Dla powodzenia systemu pobierania i przeszczepiania organów konieczne są m.in.: skuteczność w typowaniu potencjalnych dawców organów, szybkość i sprawność w pobieraniu narządów, odpowiedni system organizacji transportu i przeszczepiania oraz odpowiednie leczenie immunosupresyjne, zapobieganie powikłaniom i ich leczenie.
Zdaniem prof. Wojciecha Rowińskiego (rynekzdrowia.pl 31-03-2013), liczba przeszczepień w Polsce może dawać powody do satysfakcji, natomiast liczba pobrań narządów już niekoniecznie. Wyniki przeszczepiania są na poziomie światowym, natomiast problemem jest zbyt mała w stosunku do potrzeb liczba dostępnych narządów. Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011–2020 zakłada, że w porównaniu z 2009 r. liczba przeszczepów od zmarłych dawców ma wzrosnąć o 100%, liczba potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku o 300%, nerek od żywego dawcy o co najmniej 500%.

Głównym celem programu jest zwiększenie aktywności w zakresie pobierania narządów od zmarłych poprzez zaangażowanie lokalnych władz administracji państwowej i samorządowej, jak wojewodowie, marszałkowie, starostowie, miejscowych uczelni medycznych, okręgowych izb lekarskich oraz wykorzystanie szpitalnych koordynatorów transplantacyjnych. Konieczny jest współudział kapelanów szpitalnych, ponieważ są najbliżej człowieka umierającego i jego rodziny. Bardzo przydatny jest współudział organów założycielskich szpitali, które mogą zwracać uwagę dyrektorom, że dbałość o pobieranie narządów od zmarłych jest jednym z ich zadań w realizacji potrzeb zdrowotnych miejscowej społeczności. Nie ma bowiem przeszczepiania narządów bez ich pobrania od dawcy zmarłego lub żywego.



1. Proporcja wydatków na leczenie pozaszpitalne do wydatków na leczenie szpitalne

Województwo	Wskaźnik [%] (2013)	Miejsce	Punkty
śląskie	26	1	5
pomorskie	25	2	5
wielkopolskie	25	3	5
podlaskie	24	4	3
lubuskie	24	5	3
małopolskie	24	6	3
dolnośląskie	23	7	3
kujawsko-pomorskie	23	8	3
warmińsko-mazurskie	23	9	3
zachodniopomorskie	22	10	1
opolskie	22	11	1
podkarpackie	22	12	1
mazowieckie	22	13	1
lubelskie	21	14	1
łódzkie	21	15	1
świętokrzyskie	21	16	1



Sposób obliczania: Iloraz sumy wydatków NFZ na świadczenia AOS oraz świadczenia kontraktowane odrębnie w stosunku do wydatków na leczenie szpitalne.

Dane za okres: 2013 r.

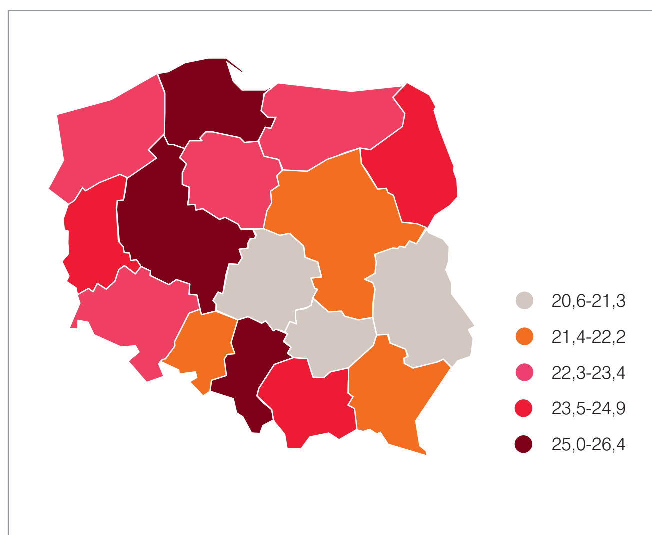
Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Zakłada się, że proporcje wydatków na opiekę pozaszpitalną w stosunku do szpitalnej w Polsce są w dalszym ciągu niewystarczające. Nie ma na razie zagrożenia nadmiernego ograniczania opieki szpitalnej na rzecz pozaszpitalnej. Proponowany wskaźnik ma na celu ukazanie pozytywnych trendów w finansowaniu świadczeń.

Aktualne wyniki: W 2013 r. zaobserwowano, że najniższa proporcja wydatków na usługi pozaszpitalne w stosunku do szpitalnych występowała w województwach świętokrzyskim, łódzkim i lubelskim (ok. 21% wydatków pozaszpitalnych w stosunku do szpitalnych), najwyższa zaś w województwach śląskim, pomorskim i wielkopolskim (ponad 25%).

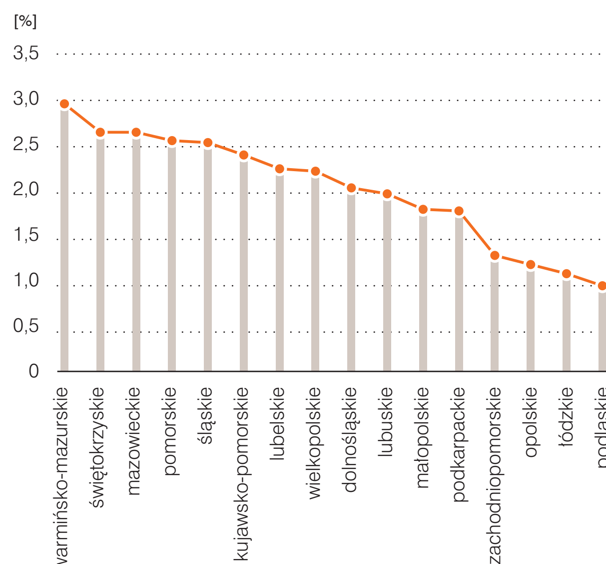
Uzasadnienie: Opieka pozaszpitalna jest promowana jako alternatywa dla lecznictwa szpitalnego od kilkudziesięciu lat. Powodem promocji opieki pozaszpitalnej są w szczególności: niższe koszty usług dostarczonych w opiece pozaszpitalnej wobec szpitalnej, mniejsze narażenie na zakażenia szpitalne i inne zagrożenia związane z pobytem w szpitalu, podtrzymanie i promowanie samodzielności i mobilności pacjentów.
W wielu przypadkach opieka szpitalna jest konieczna i stosowanie w jej zastępstwie opieki pozaszpitalnej byłoby błędem i niepotrzebną uciążliwością.

Często jednak stosowanie opieki szpitalnej jest skutkiem wyższej opłacalności takiego trybu leczenia dla dostawców usług, swego rodzaju „wygodnictwa" personelu medycznego („mamy pacjenta pod ręką") oraz braków po stronie organizacji i rozwoju opieki pozaszpitalnej.
W dłuższej perspektywie przesunięcie opieki w kierunku opieki pozaszpitalnej w Polsce będzie musiało nastąpić, a tempo tego przesuwania można mierzyć proporcją wydatków, jakie kierowane są w stronę opieki pozaszpitalnej w stosunku do opieki szpitalnej w poszczególnych województwach.



2. Proporcja wydatków na leczenie jednodniowe do wydatków na leczenie szpitalne

Województwo	Wskaźnik [%] (2013)	Miejsce	Punkty
warmińsko-mazurskie	3.0	1	5
świętokrzyskie	2.6	2	5
mazowieckie	2.6	3	5
pomorskie	2.5	4	5
śląskie	2.5	5	5
kujawsko-pomorskie	2.4	6	3
lubelskie	2.2	7	3
wielkopolskie	2.2	8	3
dolnośląskie	2.0	9	3
lubuskie	2.0	10	3
małopolskie	1.8	11	1
podkarpackie	1.8	12	1
zachodniopomorskie	1.3	13	1
opolskie	1.2	14	1
łódzkie	1.1	15	1
podlaskie	0.9	16	1



Sposób obliczania: Odsetek wydatków na świadczenia jednodniowe w całkowitych wydatkach na leczenie szpitalne.

Dane za okres: 2013 r.

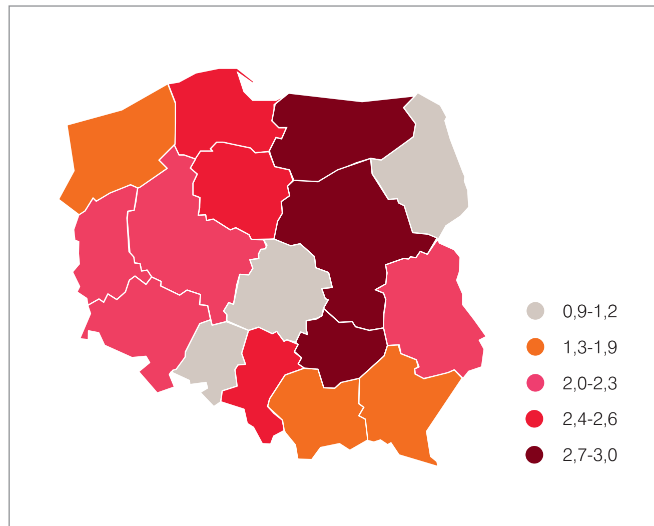
Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: W konstrukcji niniejszego wskaźnika zakłada się, że proporcje liczby usług wykonywanych w trybie jednodniowym, w stosunku do wykonywanych w trybie stacjonarnym, są w Polsce w dalszym ciągu niewłaściwe. Zakłada się, że nie ma na razie zagrożenia nadmierną liczbą usług wykonywanych w trybie jednodniowym, zatem im wyższy wskaźnik odsetkowy tych usług w stosunku do usług wykonywanych w trybie stacjonarnym, tym lepiej świadczy to o zarządzaniu opieką szpitalną w danym województwie.

Aktualne wyniki: W 2013 r. najmniejszy odsetek usług w trybie jednodniowym wykonywany był w województwach podlaskim, łódzkim i opolskim (poniżej 1,2%), najwyższy zaś w województwach warmińsko-mazurskim, świętokrzyskim i mazowieckim.

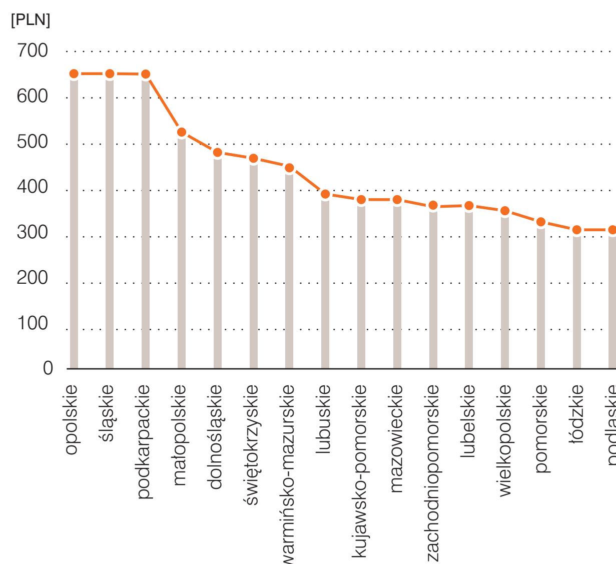
Uzasadnienie: W ramach opieki szpitalnej występuje umowna kategoria usług jednodniowych, które charakteryzują się (co do zasady) wykonaniem usługi medycznej w trakcie jednego dnia, bez konieczności pobytu całodobowego. Korzyści z leczenia jednodniowego w stosunku do tradycyjnych form pobytów wielodniowych wynikają m.in. z: niższych kosztów dla systemu wynikających z pobytów jednodniowych, mniejszych zagrożeń zakażeniami wewnątrzszpitalnymi, mniejszych uciążliwości dla pacjenta.

Istnieją granice w zastępowaniu szpitalnej opieki stacjonarnej opieką jednodniową. Granice te powinny wynikać przede wszystkim z bezpieczeństwa terapii. Jednocześnie istnieje zgoda co do tego, że należy dążyć do przesuwania tych granic w kierunku opieki jednodniowej, wspartej opieką domową i ambulatoryjną, a także takimi rozwiązaniami, jak telemedycyna.



3. Wydatki na opiekę długoterminową

Województwo	Wskaźnik [PLN /os. 75+] (2013)	Miejsce	Punkty
opolskie	621	1	5
śląskie	619	2	5
podkarpackie	619	3	5
małopolskie	500	4	3
dolnośląskie	455	5	3
świętokrzyskie	443	6	3
warmińsko-mazurskie	423	7	3
lubuskie	367	8	1
kujawsko-pomorskie	355	9	1
mazowieckie	354	10	1
zachodniopomorskie	344	11	1
lubelskie	335	12	1
wielkopolskie	332	13	1
pomorskie	309	14	1
łódzkie	293	15	1
podlaskie	290	16	1



Sposób obliczania: Wydatki NFZ na opiekę długoterminową w przeliczeniu na osobę w wieku powyżej 75. roku życia.

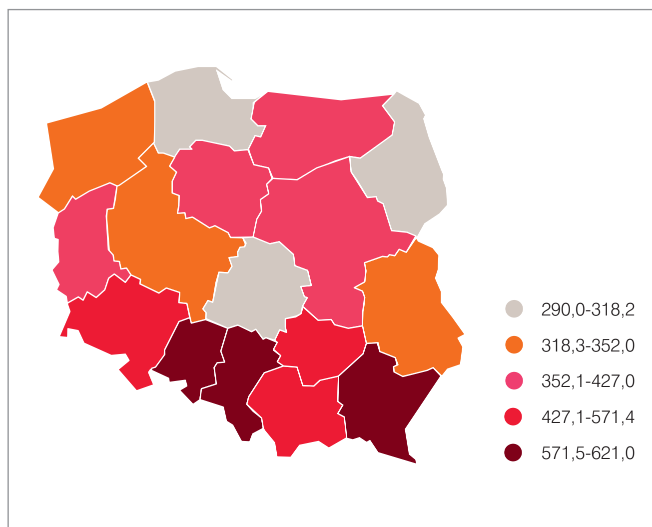
Dane za okres: 2013 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Przyjmuje się, że opieka długoterminowa jest w Polsce niedostatecznie rozwinięta. Z tego powodu wiele osób nie ma odpowiedniej opieki i jednocześnie zużywa zasoby szpitalnictwa, powodując nieadekwatne w stosunku do rzeczywistych potrzeb koszty. Uznaje się, że nie występuje obecnie zagrożenie, że opieka długoterminowa jest nadmiernie rozwinięta i finansowana. Zatem im wyższe wydatki na opiekę długoterminową, tym lepiej.

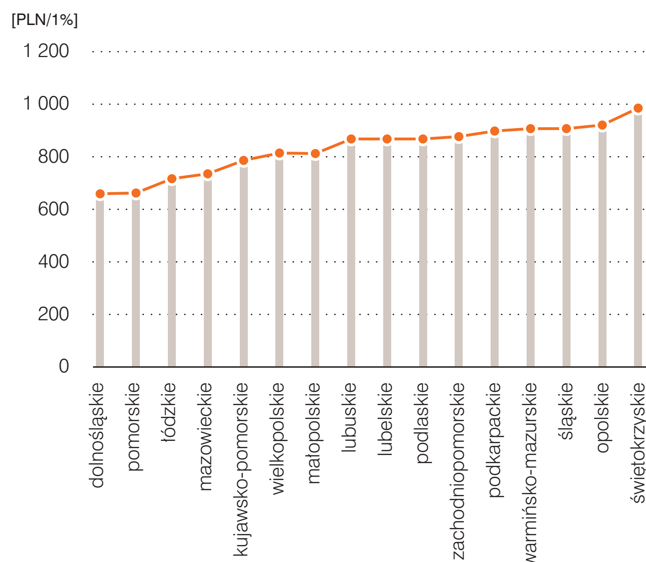
Aktualne wyniki: W 2013 r. najniższe wydatki na opiekę długoterminową w przeliczeniu na osobę w wieku powyżej 75. roku życia zanotowano w województwach podlaskim i łódzkim (poniżej 300 zł/osobę), najwyższe zaś w województwach opolskim, śląskim i podkarpackim (ponad 600 zł/osobę).

Uzasadnienie: Opieka długoterminowa jest kategorią świadczeń uznawanych za alternatywne wobec świadczeń szpitalnych, oferowanych osobom z upośledzeniem samodzielności i przewlekłymi chorobami. W dobie starzenia się społeczeństwa świadczenia długoterminowe są wyrazem troski o niesamodzielnych, często samotnych obywateli, a jednocześnie sposobem na obniżenie kosztów tej opieki w stosunku do opieki szpitalnej. W sytuacji niedoboru opieki długoterminowej często się bowiem zdarza, że osoby takie stają się stałymi konsumentami usług szpitalnych, najdroższych z usług medycznych.



4. Wskaźnik wydatków na leczenie raka odbytnicy vs przeżycie

Województwo	C/SR [PLN]	SR [%]	Koszty/p.c	Miejsce	Punkty
dolnośląskie	657	51.9	34080	1	5
pomorskie	667	46.9	31285	2	5
łódzkie	729	42.8	31189	3	5
mazowieckie	743	48.0	35670	4	5
kujawsko-pomorskie	746	45.1	33651	5	5
wielkopolskie	794	42.7	33898	6	3
małopolskie	812	44.8	36389	7	3
lubuskie	812	42.8	34766	8	3
lubelskie	875	44.0	38488	9	1
podlaskie	876	42.0	36808	10	1
zachodniopomorskie	878	43.9	38541	11	1
podkarpackie	882	41.6	36679	12	1
warmińsko-mazurskie	902	42.7	38500	13	1
śląskie	919	42.1	38677	14	1
opolskie	923	39.9	36831	15	1
świętokrzyskie	985	37.7	37131	16	1



Sposób obliczania: Iloraz średnich wydatków na leczenie osób, u których w 2007 r. rozpoznano raka odbytnicy, w stosunku do odsetka tych osób, które przeżyły do 2012 r. i dłużej.

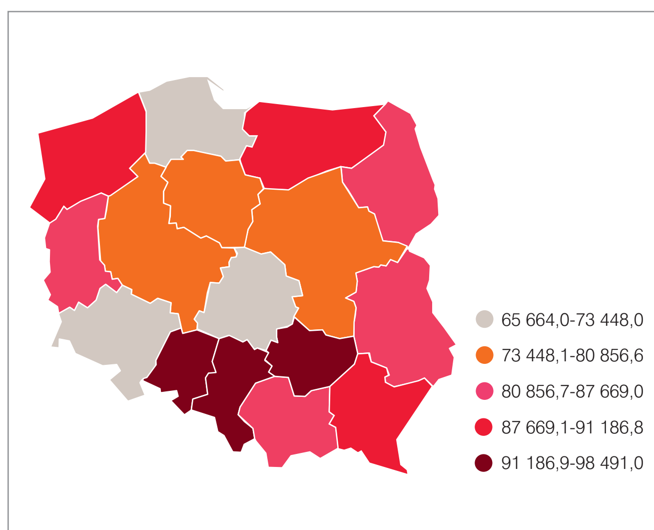
Dane za okres: lata 2007-2012.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Wskaźnik obrazuje koszt systemu ochrony zdrowia (wydatek NFZ) na uzyskanie średniego 1% przeżyć 5-letnich u chorych na raka odbytnicy, u których raka rozpoznano w 2007 r. Wskaźnik jest syntetyczny, zbudowany na średnich wartościach wydatków na leczenie raka odbytnicy w całym cyklu leczenia chorych oraz wartości odsetka osób żyjących średnio ponad 5 lat od rozpoznania choroby.

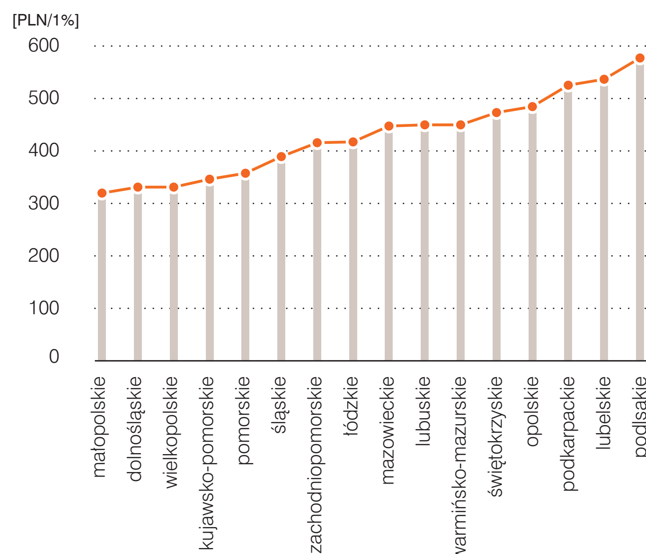
Aktualne wyniki: Najwyższe wydatki na osiągnięcie średniego 1% przeżyć 5-letnich zanotowano w województwach świętokrzyskim, opolskim i śląskim, najniższe zaś – tym samym najwyższą efektywność kosztową leczenia raka odbytnicy – zaobserwowano w województwach dolnośląskim, pomorskim i łódzkim.

Uzasadnienie: W medycynie klinicznej, dyskutując o efektach leczenia, używa się głównie pojęcia skuteczności klinicznej *(efficacy)*, które oznacza udowodnioną w kontrolowanych warunkach klinicznych zdolność danej interwencji, leku lub procedury do osiągania założonego celu. W ekonomii z kolei mowa jest o efektywności *(effectiveness)*, która oznacza zdolność danej interwencji do osiągania celów w warunkach rzeczywistych. Ten drugi miernik, w przeciwieństwie do warunków eksperymentu klinicznego, uwzględnia całą niedoskonałość i mankamenty systemu, niedoskonałość postępowania pracowników medycznych, różnorodność i zachowania chorych, a także czynniki wynikające z wpływów otoczenia. Krokiem dalej jest ocena efektywności kosztowej *(cost effectiveness)*, która wskazuje, jaka jest relacja wspomnianej efektywności do zużycia zasobów, mierzonych nakładami finansowymi. Miarą sukcesu w terapii większości nowotworów jest wieloletnie przeżycie pacjentów. W odniesieniu do większości nowotworów przyjmuje się, że 5-letnie przeżycie oznacza osiągnięcie zamierzonego celu terapii (punktu końcowego interwencji). Wskaźnik przeżycia 5-letniego może być także miernikiem skuteczności (*performance*) systemu opieki zdrowotnej. Miernik ten wydaje się zatem dobrym łącznikiem pomiędzy światem klinicystów a światem polityki zdrowotnej i ekonomii zdrowia. Wśród czynników, które wpływają na różnice w czasie przeżycia chorych na nowotwory, najczęściej wymienia się: wiek w momencie rozpoznania, stopień zaawansowania choroby, status społeczno-ekonomiczny chorych, dobór terapii, a także doświadczenie operującego chirurga. W zestawieniach międzynarodowych wydatki na ochronę zdrowia są na ogół pozytywnie związane z wynikami leczenia. Jednocześnie jednak podobny poziom wydatków w poszczególnych krajach współistnieje z różnym poziomem wyników lub różny poziom wydatków występuje w krajach o bardzo zbliżonych wynikach. Wśród czynników podnoszących wydatki na leczenie wymienia się zaawansowane stadium kliniczne oraz stosowanie kosztownych terapii.
Na ograniczenie wydatków natomiast mają wpływ zaawansowany wiek chorych i wykrycie nowotworu w badaniach przesiewowych. Te same czynniki wpływają na wyniki leczenia, choć skala ich wpływu bywa trudna do oceny.



5. Wskaźnik wydatków na leczenie raka piersi vs przeżycie

Województwo	C/SR [PLN]	SR [%]	Koszty/p.c	Miejsce	Punkty
małopolskie	320	73.7	23602	1	5
dolnośląskie	330	75.8	25035	2	5
wielkopolskie	332	77.6	25738	3	5
kujawsko-pomorskie	347	72.8	25250	4	5
pomorskie	359	77.2	27698	5	5
śląskie	389	72.0	28008	6	3
zachodniopomorskie	415	77.4	32120	7	3
łódzkie	419	71.6	30023	8	3
mazowieckie	448	77.7	34814	9	3
lubuskie	450	77.7	34930	10	3
warmińsko-mazurskie	465	76.2	35407	11	3
świętokrzyskie	475	70.5	33483	12	3
opolskie	486	72.5	35241	13	3
podkarpackie	521	66.5	34671	14	1
lubelskie	539	79.4	42756	15	1
podlaskie	579	74.2	42941	16	1



Sposób obliczania: Iloraz średnich wydatków na leczenie osób, u których w 2007 r. rozpoznano raka piersi, w stosunku do odsetka tych osób, które przeżyły do 2012 r. i dłużej.

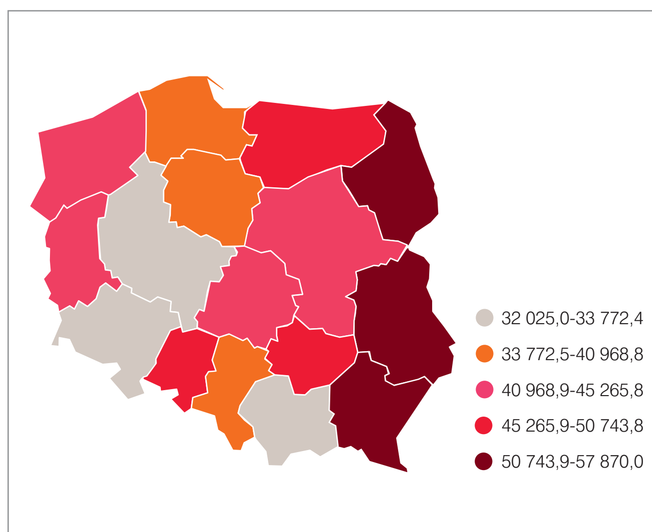
Dane za okres: lata 2007-2012.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Wskaźnik obrazuje koszt systemu ochrony zdrowia (wydatek NFZ) na uzyskanie średniego 1% przeżyć 5-letnich u chorych na raka piersi, u których raka rozpoznano w 2007 r. Wskaźnik jest syntetyczny, zbudowany na średnich wartościach wydatków na leczenie raka piersi w całym cyklu leczenia chorych oraz wartości odsetka osób żyjących średnio ponad 5 lat od rozpoznania choroby.

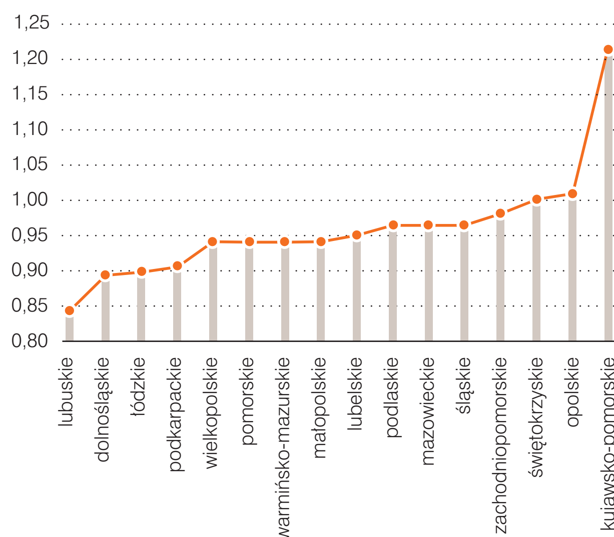
Aktualne wyniki: Najwyższe wydatki na osiągnięcie średniego 1% przeżyć 5-letnich u osób z rakiem piersi zanotowano w województwach podlaskim, lubelskim i podkarpackim, najniższe zaś – a tym samym najwyższą efektywność kosztową leczenia raka piersi – stwierdzono w województwach wielkopolskim, dolnośląskim i małopolskim.

Uzasadnienie: Efektywność kosztowa *(cost effectiveness)* to relacja efektywności osiągania założonych celów do zużycia zasobów, mierzonych nakładami finansowymi.
W odniesieniu do większości nowotworów, w tym raka piersi, przyjmuje się, że 5-letnie przeżycie oznacza osiągnięcie zamierzonego celu terapii (punktu końcowego interwencji).
W cytowanym badaniu miernikiem przeżycia nie jest klasyczny wskaźnik przeżyć 5-letnich, lecz odsetek osób, u których rozpoznano raka piersi w 2007 r., które żyły w 2012 r.
Wśród czynników, które wpływają na różnice w czasie przeżycia chorych na raka piersi, najczęściej wymienia się: wiek w momencie rozpoznania, stopień zaawansowania choroby, status społeczno-ekonomiczny chorych oraz dobór terapii. Niektóre doniesienia wskazują na silny związek czasu przeżycia z doświadczeniem operującego chirurga. Wydatki na ochronę zdrowia są na ogół pozytywnie związane z wynikami leczenia. Jednocześnie jednak podobny poziom wydatków w poszczególnych krajach współistnieje z różnym poziomem wyników lub różny poziom wydatków występuje w krajach o bardzo zbliżonych wynikach. Wśród czynników wpływających na wzrost kosztów wymienia się zaawansowane stadium kliniczne oraz stosowane leczenie, a na ich zmniejszenie – późniejszy wiek chorych i wykrycie nowotworu w badaniach przesiewowych. Te same czynniki wpływają na wyniki leczenia, choć skala ich wpływu bywa trudna do oceny.



6. Zobowiązania ogólne SPZOZ-ów w kontekście wydatków na świadczenia zdrowotne ogółem

Województwo	Wskaźnik (2012)	Miejsce	Punkty
lubuskie	0.84	1	5
dolnośląskie	0.89	2	5
łódzkie	0.90	3	5
podkarpackie	0.91	4	5
wielkopolskie	0.94	5	3
pomorskie	0.94	6	3
warmińsko-mazurskie	0.94	7	3
małopolskie	0.94	8	3
lubelskie	0.95	9	3
podlaskie	0.97	10	1
mazowieckie	0.97	11	1
śląskie	0.97	12	1
zachodniopomorskie	0.98	13	1
świętokrzyskie	1.00	14	1
opolskie	1.01	15	1
kujawsko-pomorskie	1.22	16	1



Sposób obliczania: Zmiana poziomu zobowiązań SPZOZ w województwie w stosunku do zmiany wydatków na świadczenia w wojewódzkim NFZ.

Dane za okres: lata 2010-2012.

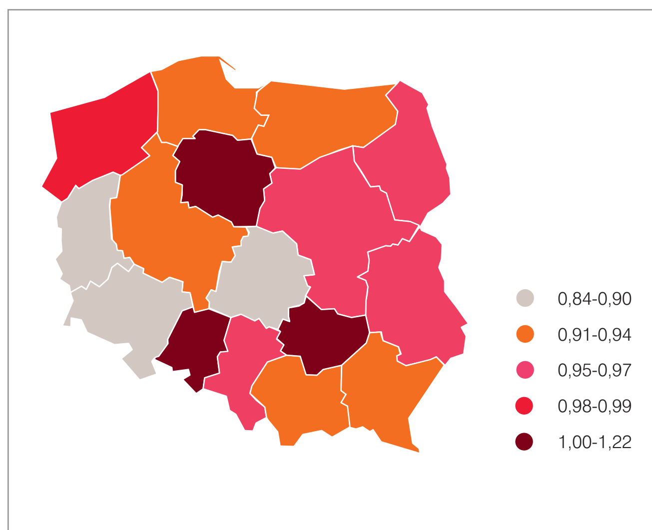
Źródło danych: Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Wskaźnik to iloraz zmian w wielkości zadłużenia SPZOZ-ów oraz zmian wielkości wydatków na świadczenia zdrowotne wojewódzkiego oddziału NFZ (z wyłączeniem refundacji leków).
Zmiany w wielkości wydatków na finansowanie świadczeń zdrowotnych wynikają w znacznej mierze ze zmiany algorytmu podziału środków finansowych między OW NFZ – czynnika zewnętrznego, niezależnego od zarządzających ochroną zdrowia na danym terenie, jednak to właśnie od nich zależy, w jaki sposób wzrost (lub spadek) przychodów przekłada się na zmiany poziomu zobowiązań. Jeśli zadłużenie rośnie szybciej niż przychody ze sprzedaży świadczeń, wskazuje to na brak należytej kontroli kosztów i złą jakość zarządzania, z kolei jeśli stabilnej wielkości przychodów towarzyszy stabilizacja lub nawet spadek wielkości zadłużenia, świadczy to dobrze o jakości zarządzania finansami w podmiotach leczniczych województwa.

Aktualne wyniki: Z podsumowania dynamiki zobowiązań i dynamiki zmian wielkości kontraktów w województwach w latach 2010–2012 wynika, że najlepsze wyniki osiągnęły placówki w województwach lubuskim i dolnośląskim, w których wskaźnik wyniósł poniżej 0,9. Na drugim biegunie znajdowały się placówki w województwach kujawsko-pomorskim i opolskim, w których wskaźnik wyniósł ponad 1, co oznacza, że zwiększyło się saldo zadłużenia mimo istotnego wzrostu wydatków NFZ w tych województwach w wymienionych latach.

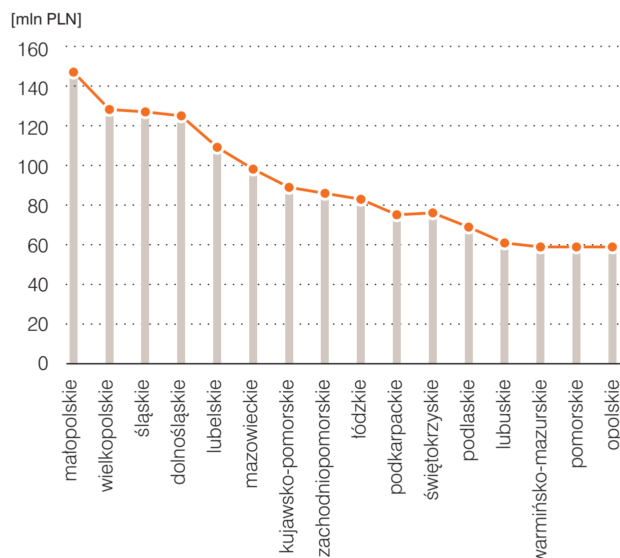
Uzasadnienie: Problem zadłużenia publicznych placówek istnieje od dawna, a kolejne rządy starają się go w jakimś stopniu zmniejszyć. Poziom zadłużenia może być określony wielkością zobowiązań ogółem oraz tzw. wymagalnych, dla których upłynął termin płatności.
Z obserwacji gospodarki finansowej podmiotów leczniczych działających w formie SPZOZ wynika, że finansowanie długiem służy przede wszystkim zapewnieniu ciągłości bieżącej działalności operacyjnej, rzadziej inwestycyjnej. Dług ten obejmuje głównie zobowiązania krótkoterminowe wobec dostawców towarów i usług oraz długoterminowe wobec wierzycieli wtórnych lub banków.
Historia zadłużania się publicznych placówek opieki zdrowotnej w ciągu ostatnich kilkunastu lat to okresy stopniowego zadłużania oraz okresy sanacji, oddłużania, osiągane w taki czy inny sposób. W latach poprzedzających reformę ochrony zdrowia w 1999 r., w czasie gdy większość placówek ochrony zdrowia była jednostkami budżetowymi, zadłużenie zakładów opieki zdrowotnej rosło lawinowo, mimo potencjalnych sankcji za nieprzestrzeganie tzw. dyscypliny budżetowej. Na przełomie lat 1998 i 1999 zadłużenie wyniosło ok. 8,5 mld zł i w większości zostało sfinansowane przez budżet państwa ze specjalnie w tym celu dokonanej emisji obligacji skarbowych. W samym 1999 r. roczny przyrost zadłużenia szacowany był zaledwie na ok. 300 mln zł, co zostało uznane za sukces i dowód, że przekształcenie jednostek w SPZOZ-y odniosło zakładany skutek.
W kolejnych latach dyscyplina finansowa została rozluźniona, co ostatecznie doprowadziło do kolejnego wzrostu zadłużenia, tak że ok. 2005 r. sięgnęło ono 6 mld zł. W tym czasie uruchomiono program oddłużeniowy
związany tym razem z realizacją zapisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 78 poz. 684 z późn. zm.).

W latach szybkiego wzrostu wydatków NFZ (lata 2007–2009) problem zadłużenia został nieco ograniczony, chociaż w 2009 r. pozostał strukturalny problem w postaci małej dyscypliny finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Rząd podjął próbę rozwiązania tego problemu poprzez przekształcenie placówek działających w postaci SPZOZ w kierunku spółek prawa handlowego.
W ciągu ostatnich kilku lat wielkość zadłużenia zmieniała się w różnym tempie w poszczególnych województwach. Częściowo wynikało to z uwarunkowań zewnętrznych (zmiana algorytmu podziału środków), częściowo z przyczyn leżących po stronie samych zakładów opieki zdrowotnej.



7. EBITDA SPZOZ-ów samorządowych w województwach

Województwo	Wskaźnik [mln PLN](2012)	Miejsce	Punkty
małopolskie	147,6	1	5
wielkopolskie	128,1	2	5
śląskie	127,0	3	5
dolnośląskie	125,8	4	5
lubelskie	107,4	5	3
mazowieckie	98,3	6	3
kujawsko-pomorskie	89,9	7	3
zachodniopomorskie	85,4	8	3
łódzkie	83,4	9	3
podkarpackie	76.0	10	1
świętokrzyskie	75,4	11	1
podlaskie	69,3	12	1
lubuskie	61,7	13	1
warmińsko-mazurskie	59,5	14	1
pomorskie	59,5	15	1
opolskie	58,9	16	1



Sposób obliczania: EBITDA (zysk/strata z działalności operacyjnej + amortyzacja) w SPZOZ-ach na terenie województwa (bez resortowych i klinicznych).

Dane za okres: 2012 r.

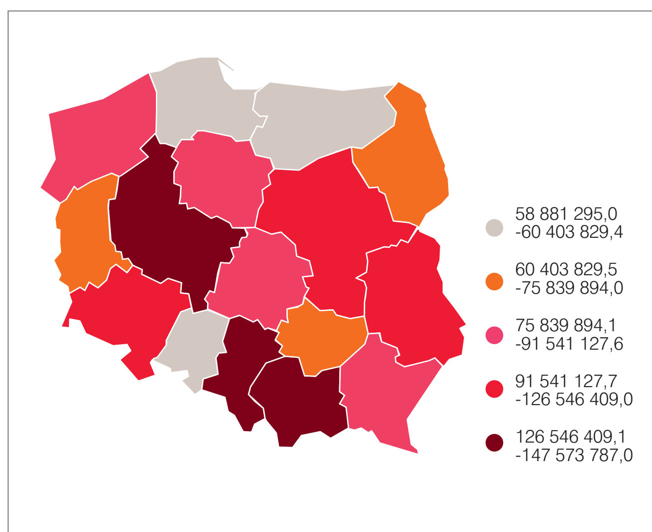
Źródło danych: CSIOZ.

Interpretacja wskaźnika: EBITDA wykorzystywana jest do oceny zdolności generowania dochodów przez aktywa danego przedsiębiorstwa lub grupy przedsiębiorstw (holdingu). W ujęciu zastosowanym w niniejszym opracowaniu wyraża zdolność do generowania dochodów (lub strat) przez sektor podmiotów ochrony zdrowia działających w imieniu właścicieli publicznych. Kategoria SPZOZ-ów jest bowiem szczególną grupą quasi-przedsiębiorstw o ograniczonej (w porównaniu ze spółkami) samodzielności, których potencjalny ujemny wynik finansowy obciąża sektor finansów publicznych w jego części samorządowej.

Aktualne wyniki: Suma EBITDA dla SPZOZ-ów samorządowych zlokalizowanych w poszczególnych województwach w 2012 r. osiągnęła najwyższą wartość w województwach małopolskim, wielkopolskim i śląskim (ponad 125 mln zł), najniższą zaś w województwach opolskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim (poniżej 60 mln zł).

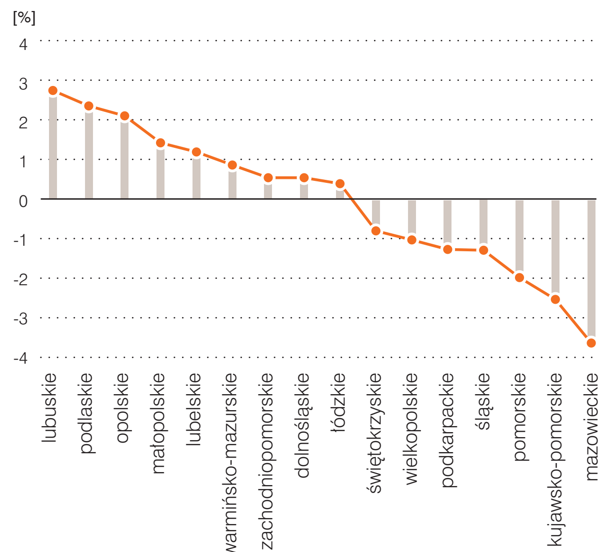
Uzasadnienie: EBITDA jest przybliżoną miarą zdolności generowania środków pieniężnych. Obliczana na podstawie rachunku zysków i strat wg następującego wzoru:
EBITDA = EBIT + amortyzacja,
gdzie: EBIT – *earnings before interests and taxes* (zysk z działalności operacyjnej, czyli zysk przed potrąceniem podatków i odsetek).
EBITDA jest szczególnie przydatna jako narzędzie do oceny zdolności przedsiębiorstwa do generowania środków pieniężnych z działalności operacyjnej.

W ujęciu zastosowanym w niniejszym opracowaniu wskaźnik zastosowany jest do wszystkich SPZOZ-ów w województwie, czyli podmiotów działających na konto ich podmiotów tworzących. W tym ujęciu cała grupa podmiotów leczniczych działających w formie SPZOZ ujęta jest jako jeden organizm gospodarczy, a finansowe skutki jego działania wpływają pośrednio na sektor finansów publicznych.



8. Rentowność sprzedaży brutto SPZOZ-ów samorządowych w województwach

Województwo	Wskaźnik [%] (2012)	Miejsce	Punkty
lubuskie	2.8	1	5
podlaskie	2.4	2	5
opolskie	2.1	3	5
małopolskie	1.4	4	3
lubelskie	1.2	5	3
warmińsko-mazurskie	0.9	6	3
zachodniopomorskie	0.5	7	3
dolnośląskie	0.5	8	3
łódzkie	0.4	9	3
świętokrzyskie	-0.8	10	1
wielkopolskie	-1.0	11	1
podkarpackie	-1.2	12	1
śląskie	-1.3	13	1
pomorskie	-1.9	14	1
kujawsko-pomorskie	-2.5	15	1
mazowieckie	-3.6	16	1



Sposób obliczania: Iloraz zysku (straty) z działalności operacyjnej do przychodów brutto ze sprzedaży i zrównanie z nimi SPZOZ-ów.

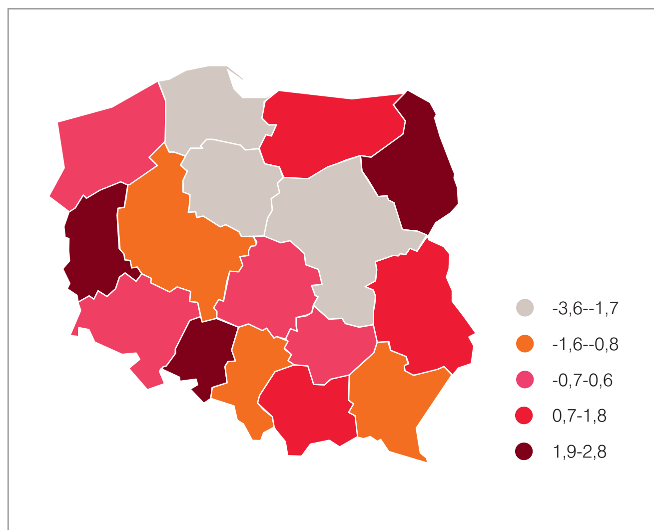
Dane za okres: 2012 r.

Źródło danych: CSIOZ.

Interpretacja wskaźnika: Rentowność brutto sprzedaży pokazuje, ile złotych zysku (straty) przed opodatkowaniem wypracowują wszystkie przychody z działalności danej jednostki gospodarczej – przedsiębiorstwa lub grupy przedsiębiorstw. Im wyższy jest wskaźnik rentowności brutto, tym wyższa jest efektywność dochodów, co oznacza, że dla osiągnięcia określonej kwoty zysku przedsiębiorstwo musi zrealizować niższą sprzedaż niż wówczas, gdy rentowność sprzedaży byłaby niższa.
W ujęciu prezentowanym niżej cały sektor SPZOZ-ów, dla których podmiotami tworzącymi są samorządy w poszczególnych województwach, traktowany jest jako jeden organizm. Rentowność ze sprzedaży całego sektora informuje, jakie korzyści lub straty generuje działalność lecznicza w relacji do skali przychodów tego sektora.

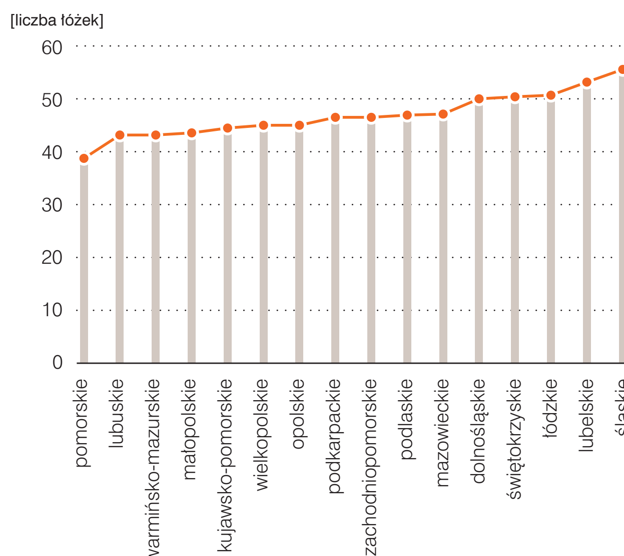
Aktualne wyniki: W 2012 r. najniższą rentowność uzyskały SPZOZ-y województw mazowieckiego oraz kujawsko-pomorskiego (poniżej –2%). W sumie siedem województw odnotowało zagregowaną rentowność ujemną zlokalizowanych w nich SPZOZ-ów. Najwyższą rentowność brutto uzyskały SPZOZ-y w województwach lubuskim, podlaskim i opolskim (ponad +2%). W sumie w dziewięciu województwach występowała dodatnia zagregowana rentowność brutto SPZOZ-ów

Uzasadnienie: Wskaźnik rentowności sprzedaży brutto informuje o wartości zysku brutto (przed opodatkowaniem), przypadającego na każdą złotówkę osiąganych przychodów. Wskaźnik informuje, jaka jest rentowność bieżącej działalności całej grupy podmiotów o statusie SPZOZ-ów w danym województwie, z wyjątkiem tych należących do MSW, MON oraz uczelni medycznych.



9. Liczba łóżek szpitalnych na 10 tys. ludności

Województwo	Wskaźnik (2012)	Miejsce	Punkty
pomorskie	39.1	1	5
lubuskie	43.6	2	5
warmińsko-mazurskie	43.7	3	5
małopolskie	44.0	4	5
kujawsko-pomorskie	44.9	5	5
wielkopolskie	45.6	6	3
opolskie	45.7	7	3
podkarpackie	46.9	8	3
zachodniopomorskie	47.0	9	3
podlaskie	47.4	10	3
mazowieckie	47.6	11	3
dolnośląskie	50.3	12	1
świętokrzyskie	50.9	13	1
łódzkie	51.2	14	1
lubelskie	53.7	15	1
śląskie	56.0	16	1



Sposób obliczania: Liczba łóżek szpitalnych ogółem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców województwa.

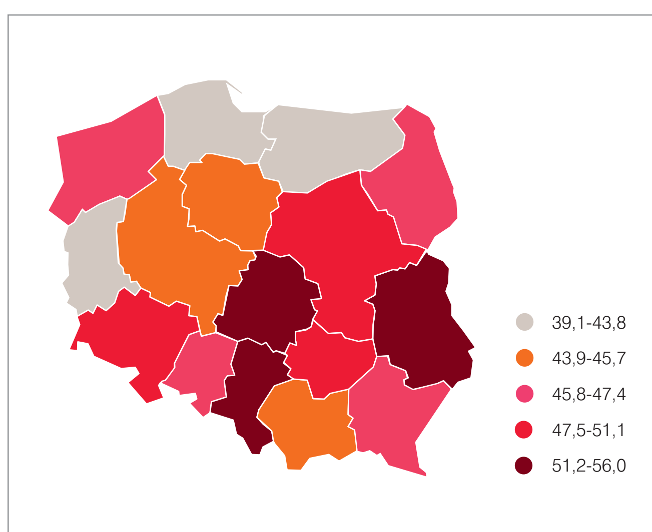
Dane za okres: 2012 r.

Źródło danych: Ministerstwo Zdrowia, CSIOZ.

Interpretacja wskaźnika: W Polsce od lat 90. XX w. starano się zmniejszyć nacisk na leczenie szpitalne i wzmocnić rolę alternatyw w postaci opieki ambulatoryjnej, jednodniowej, domowej i długoterminowej, głównie niestacjonarnej. W tym kierunku zmierzały działania w postaci rozwoju medycyny rodzinnej, prób ustalania tzw. sieci szpitalnej czy wspomagania procesów restrukturyzacyjnych szpitali.
W ostatniej dekadzie działania te były mniej zaznaczone niż wcześniej. W doktrynie polityki zdrowotnej było pozostawienie decyzji inwestycyjnych rynkowi i samorządom lokalnym. W efekcie liczba łóżek szpitalnych przestała spadać, a w niektórych obszarach zwiększyła się dzięki zgodnemu wysiłkowi sektora prywatnego oraz samorządów. Na tym tle tylko niektóre województwa wykazują inne tendencje, dążąc, wśród znacznego oporu otoczenia, do ograniczenia bazy szpitalnej. Im niższy wskaźnik, tym lepiej, jako że wychodzimy z założenia, że łóżek i opieki szpitalnej w Polsce jest zbyt dużo w stosunku do opieki pozaszpitalnej.

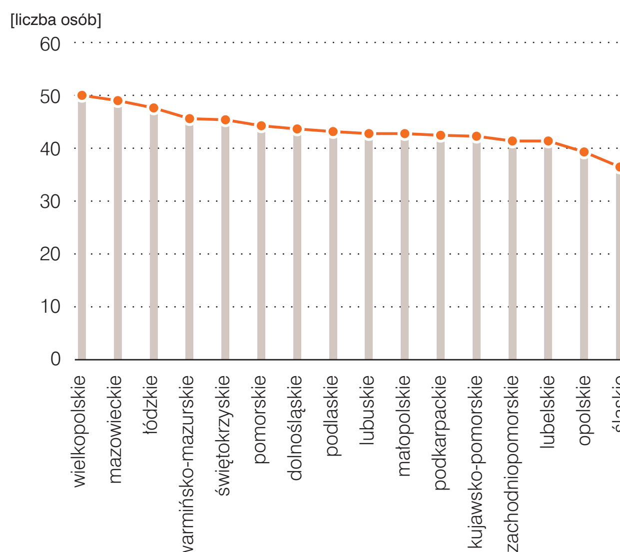
Aktualne wyniki: W 2012 r. najwyższe wskaźniki liczby łóżek szpitalnych (ostrych) odnotowano w województwach śląskim, lubelskim i łódzkim (ponad 51/10 tys. mieszkańców), najniższe zaś w województwach pomorskim, lubuskim i warmińsko-mazurskim (poniżej 44/10 tys. mieszkańców).

Uzasadnienie: Szpitale są symbolem współczesnej opieki zdrowotnej. W percepcji publicznej i percepcji polityków są najważniejszym elementem systemu ochrony zdrowia. Zdanie to podziela także wielu profesjonalistów medycznych. W tej sytuacji historia rozwoju publicznych systemów ochrony zdrowia, angażujących publiczne środki na etapie inwestycji i bieżącej działalności, staje się historią rozwoju szpitalnictwa. W efekcie szpitale stały się zasadniczą częścią systemu dostarczania usług oraz głównym kierunkiem przepływu środków na funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia. Okres intensywnego rozwoju bazy szpitalnej w krajach Europy Zachodniej i USA przypadał na lata 60. XX w., a dekadę później w krajach bloku wschodniego. Od lat 70. XX w. ekonomiści zdrowotni zaczęli zwracać uwagę na nieefektywność systemów opartych na usługach szpitalnych. Podkreślano wysokie koszty stałe, ekstensywność opieki prowadzonej w szpitalach (średni czas pobytu wynosił wtedy 12–15 dni) i w rezultacie silnie wzrastające koszty opieki zdrowotnej. Początkowo w USA, a później w innych krajach zaczęto się starać wpływać na zmniejszenie potencjału szpitali (mierzonego liczbą łóżek szpitalnych) i wyprowadzanie usług zdrowotnych poza szpitale. W praktyce największe osiągnięcia w tym zakresie mają kraje anglosaskie, z USA na czele, a także kraje nordyckie. W krajach tych wskaźnik liczby łóżek szpitalnych wynosi 15–25 łóżek na 10 tys. mieszkańców. Na drugim biegunie są Niemcy i Francja, a także niektóre byłe kraje bloku wschodniego, z liczbą łóżek 60–80 na 10 tys. mieszkańców.



10. *Wskaźnik leczonych w ciągu roku na 1 łóżko szpitalne (przelotowość)*

Województwo	*Wskaźnik [liczba osób na rok] (2012)*	*Miejsce*	*Punkty*
wielkopolskie	50.3	1	5
mazowieckie	49.5	2	5
łódzkie	47.9	3	5
warmińsko-mazurskie	46.0	4	5
świętokrzyskie	45.7	5	5
pomorskie	44.5	6	3
dolnośląskie	44.1	7	3
podlaskie	43.6	8	3
lubuskie	43.2	9	3
małopolskie	43.1	10	3
podkarpackie	42.7	11	3
kujawsko-pomorskie	42.5	12	3
zachodniopomorskie	41.8	13	1
lubelskie	41.7	14	1
opolskie	39.7	15	1
śląskie	36.7	16	1



Sposób obliczania: Liczba pacjentów leczonych stacjonarnie w szpitalach w stosunku do liczby łóżek szpitalnych.

Dane za okres: 2012 r.

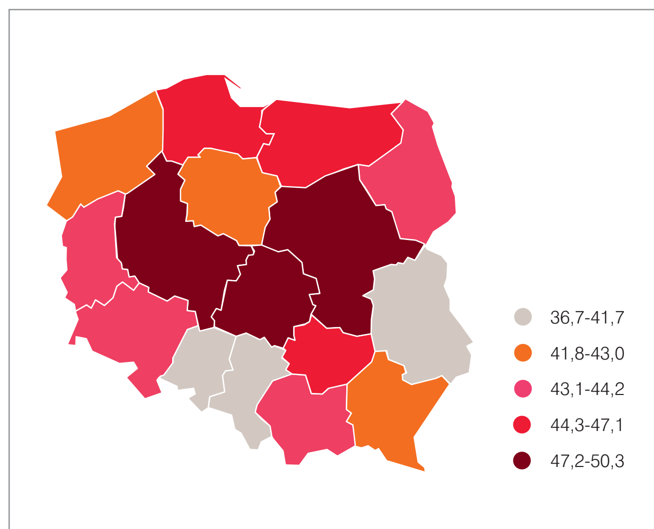
Źródło danych: Ministerstwo Zdrowia, CSIOZ.

Interpretacja wskaźnika: Na wartość tego wskaźnika składa się kilka zjawisk:
1) liczba dostępnych łóżek i liczba mieszkańców,
2) chorobowość mieszkańców,
3) skłonność do leczenia szpitalnego,
4) skłonność i skuteczność administracji zdrowotnej w działaniach służących dostosowaniu bazy szpitalnej do występujących potrzeb.

W tym kontekście, z zastrzeżeniem pkt 3. z powyższej listy, należy uznać, że im większa przelotowość łóżek, tym lepiej, ponieważ istniejąca baza szpitalna jest bardziej intensywnie wykorzystywana. W takiej interpretacji pomija się kwestię możliwości przesuwania pacjentów do leczenia poszpitalnego (czyli strategicznie zasadnego kierunku), ale uznaje się wagę bieżącej gospodarności (wykorzystania posiadanych zasobów).

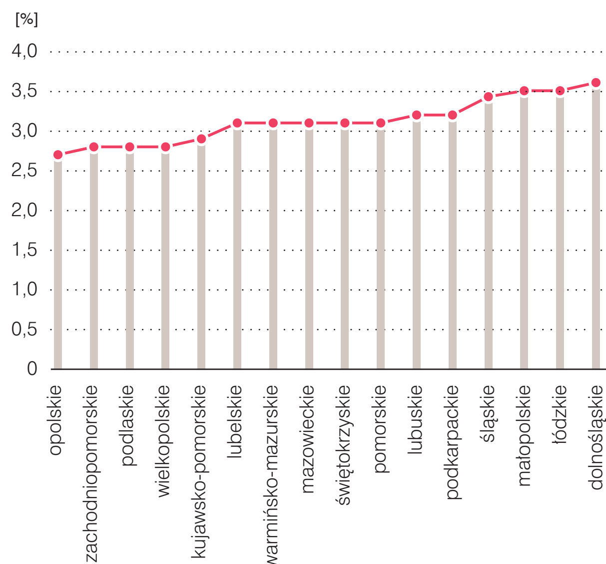
Aktualne wyniki: Według danych CSIOZ z 2012 r. najniższe wskaźniki przelotowości (najniższe wykorzystanie istniejącej infrastruktury) występują w województwach śląskim i opolskim (poniżej 40 osób/rok), najwyższe zaś w województwach wielkopolskim i mazowieckim (ponad 49 osób/rok).

Uzasadnienie: Wskaźnikiem pochodnym od liczby łóżek szpitalnych jest tzw. przelotowość łóżka szpitalnego. Ten wskaźnik pokazuje, jak intensywne jest wykorzystanie istniejących w województwie łóżek szpitalnych. Łóżka szpitalne w tym wskaźniku są miernikiem rozwoju infrastruktury, a nie tylko rodzajem sprzętu szpitalnego, zatem liczba łóżek szpitalnych skorelowana jest z rozwojem różnych elementów infrastruktury szpitalnej, w tym diagnostyki, infrastruktury logistycznej i pobytowej.



1. Udział wydatków na zdrowie w przychodach gospodarstw domowych

Województwo	*Wskaźnik [%] (2012)*	*Miejsce*	*Punkty*
opolskie	2.7	1	5
zachodniopomorskie	2.8	2	5
podlaskie	2.8	3	5
wielkopolskie	2.8	4	5
kujawsko-pomorskie	2.9	5	5
lubelskie	3.1	6	3
warmińsko-mazurskie	3.1	7	3
mazowieckie	3.1	8	3
świętokrzyskie	3.1	9	3
pomorskie	3.1	10	3
lubuskie	3.2	11	3
podkarpackie	3.2	12	3
śląskie	3.4	13	1
małopolskie	3.5	14	1
łódzkie	3.5	15	1
dolnośląskie	3.6	16	1



Sposób obliczania: Przeciętne wydatki na zdrowie na 1 osobę w gospodarstwach domowych/Przeciętne przychody netto na 1 osobę w gospodarstwach domowych (razy) 100

Dane za okres: 2012 r.

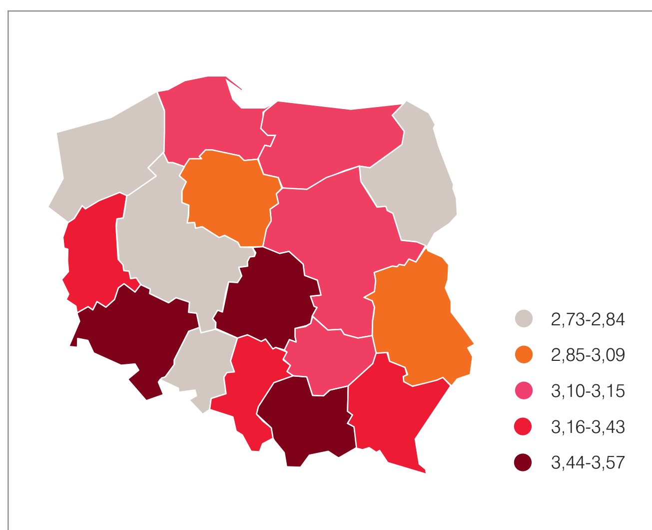
Źródło danych: GUS.

Interpretacja wskaźnika: Zakłada się, że wydatki prywatne, jako odsetek całości wydatków gospodarstw domowych) na opiekę zdrowotną są wprost proporcjonalne do stopnia niezaspokojenia potrzeb tych gospodarstw przez system publicznej opieki zdrowotnej. Analogicznie do podobnych parametrów na poziomie międzynarodowym, gdzie wydatki prywatne są wysokie w krajach o niesprawnych systemach publicznych (Grecja, Portugalia, Irlandia), a niskie w krajach skandynawskich czy Niemczech.

Aktualne wyniki: W 2012 r. najwyższy odsetek wydatków na ochronę zdrowia pacjenci opłacali prywatnie w województwach dolnośląskim, łódzkim i małopolskim (3,5% i więcej), najniższy zaś w województwach opolskim (2,7%) oraz wielkopolskim, podlaskim i zachodniopomorskim (2,8%).

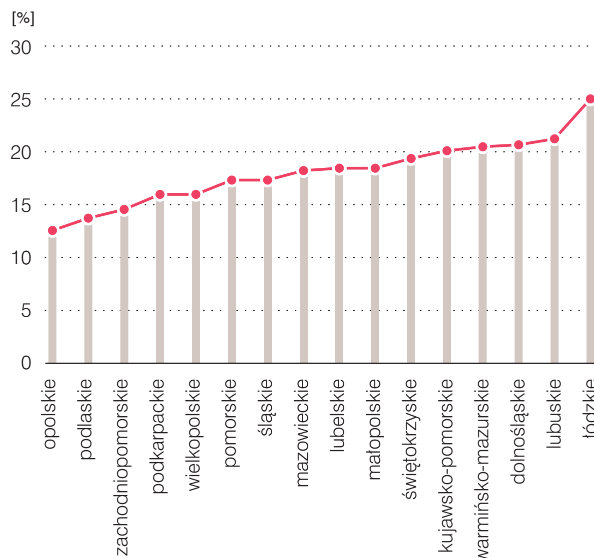
Uzasadnienie: Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia dotyczą wydatków na usługi medyczne (zakwalifikowane tak samodzielnie przez respondentów), leki oraz prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Do wydatków tych zalicza się także charakterystyczne dla polskiego rynku formy w postaci tzw. opłat abonamentowych – przedpłaconych form świadczenia usług zdrowotnych, będących na pograniczu usług zdrowotnych oraz ubezpieczeń zdrowotnych.
Badanie wydatków gospodarstw domowych wykonywane jest przez GUS w dwóch trybach:
1) badania budżetów gospodarstw domowych (BBGD), realizowanego corocznie przez GUS od ponad 40 lat, oraz
2) badania modułowego gospodarstw domowych (BMGD), dotyczącego ochrony zdrowia, realizowanego dotychczas periodycznie, co kilka lat, publikowanego pod tytułem „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych".

W niniejszym opracowaniu wykorzystano wyniki badania BBGD. Prowadzone jest ono metodą reprezentacyjną, stanowiącą podstawę do uogólnienia wyników badanych gospodarstw domowych na całą populację gospodarstw domowych w Polsce. Każde badane w ciągu całego roku gospodarstwo domowe prowadzi zapisy przychodów i rozchodów oraz wydatków na towary i usługi konsumpcyjne, w tym na zdrowie. Klasyfikacja wydatków w BBGD jest oparta na międzynarodowej klasyfikacji spożycia indywidualnego według celów (COICOP/HBS). Uogólnione wyniki badań upowszechnia się w postaci średnich miesięcznych wydatków przypadających na osobę w gospodarstwie domowym, podając równocześnie bezwzględne i względne błędy szacunku średnich.
W obserwacjach międzynarodowych wielkość wydatków prywatnych na ochronę zdrowia zależy od dwóch czynników:
1) systemowego zaangażowania prywatnych ubezpieczeń w systemie ochrony zdrowia (np. Niemcy, Holandia, USA),
2) stopnia niesprawności publicznej ochrony zdrowia (np. Grecja, Portugalia).



2. Odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z powodów finansowych z zakupu leków

Województwo	*Wskaźnik [%] (2012)*	*Miejsce*	*Punkty*
opolskie	12.5	1	5
podlaskie	13.7	2	5
zachodniopomorskie	14.5	3	5
podkarpackie	15.9	4	5
wielkopolskie	15.9	4	5
pomorskie	17.3	6	3
śląskie	17.3	6	3
mazowieckie	18.0	8	3
lubelskie	18.2	9	3
małopolskie	18.4	10	3
świętokrzyskie	19.2	11	1
kujawsko-pomorskie	20.0	12	1
warmińsko-mazurskie	20.4	13	1
dolnośląskie	20.6	14	1
lubuskie	21.1	15	1
łódzkie	24.8	16	1



Sposób obliczania: Odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z powodów finansowych z zakupu leków

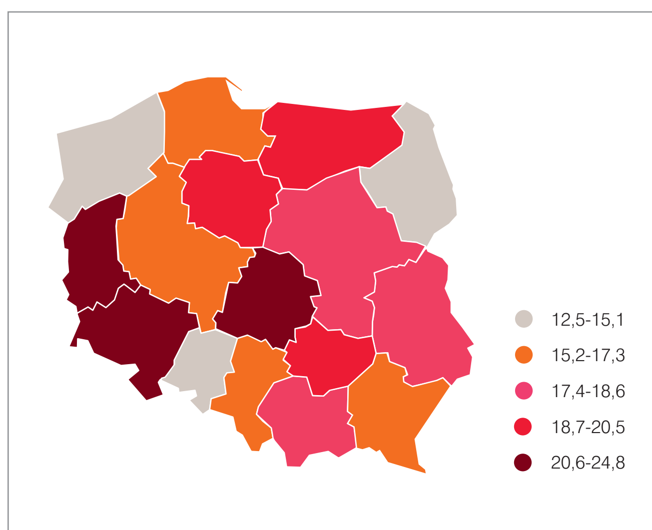
Dane za okres: 2012 r.

Źródło danych: „Diagnoza społeczna"

Interpretacja wskaźnika: Popyt na leki jest z jednej strony wyrazem istnienia potrzeb zdrowotnych oraz zachowań (preskrypcyjnych) lekarzy, z drugiej zaś możliwości ich zaspokojenia ze środków publicznych lub prywatnych (siły nabywczej). Ze względu na zjawisko asymetrii informacyjnej pacjenci są stroną pasywną w definiowaniu zapotrzebowania na leki – to lekarze zwykle decydują, jaki lek pacjent powinien zastosować. Pacjenci mogą w tej relacji jedynie zrezygnować z zakupu leku (lub nie stosować go, nawet jeśli zostanie zakupiony).
W niniejszym indeksie uznaje się, że rezygnacja z zakupu leku przez pacjenta jest zjawiskiem negatywnym, będącym pewnego stopnia dysfunkcją systemu (ceny, zastępowanie leków, polityka preskrypcyjna lekarzy).

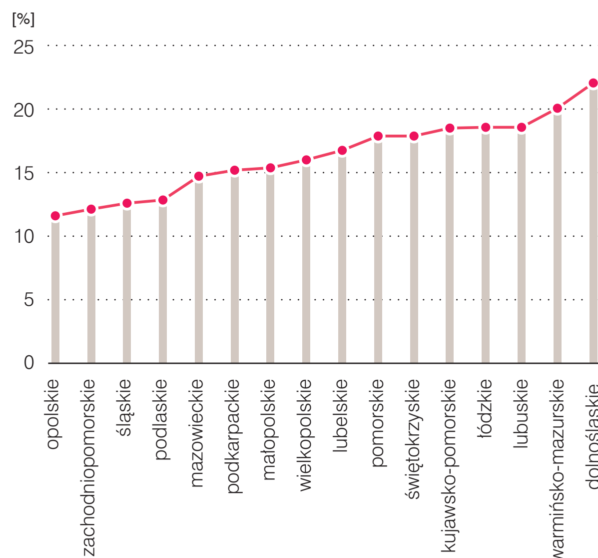
Aktualne wyniki: W badaniu „Diagnoza społeczna" z 2012 r. najwyższy odsetek gospodarstw domowych, które doświadczyły konieczności rezygnacji z zakupu leków z przyczyn finansowych, odnotowano w woj. łódzkim (blisko 25%), najniższy zaś w województwach opolskim, podlaskim i zachodniopomorskim (poniżej 15% gospodarstw domowych).

Uzasadnienie: Projekt badawczy „Diagnoza społeczna" jest wspólnym przedsięwzięciem naukowym członków Rady Monitoringu Społecznego. Koncepcję badania i jego logistykę opracowała Rada Monitoringu Społecznego. Analizę danych przeprowadzają i raporty przygotowują członkowie Rady przy współpracy z grupą ekspertów. Badanie ma charakter panelowy. W kolejnych jego rundach uczestniczą wszystkie dostępne gospodarstwa domowe z poprzedniej rundy oraz gospodarstwa z nowej reprezentatywnej próby. Badanie przeprowadza się zwykle co 2 lata.
W badaniu stosuje się dwa kwestionariusze. Pierwszy z nich stanowi źródło informacji o warunkach życia gospodarstw domowych i wypełniany jest przez ankietera w czasie wywiadu z przedstawicielem gospodarstwa domowego najlepiej zorientowanym w sytuacji samego gospodarstwa i jego członków. Drugi kwestionariusz, przeznaczony do indywidualnego samowypełnienia przez wszystkich dostępnych członków badanego gospodarstwa domowego, którzy ukończyli 16 lat, służy do zdobycia informacji o jakości życia poszczególnych osób. Badanie terenowe przeprowadzane jest w każdej rundzie w marcu przez zawodowych ankieterów GUS. Nadzór nad przebiegiem badania ankietowego sprawuje od strony organizacyjnej Biuro Badań i Analiz Statystycznych przy Polskim Towarzystwie Statystycznym.



3. Odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z powodów finansowych z korzystania z usług lekarza

Województwo	Wskaźnik [%] (2012)	Miejsce	Punkty
opolskie	11.6	1	5
zachodniopomorskie	12.1	2	5
śląskie	12.6	3	5
podlaskie	12.7	4	5
mazowieckie	14.6	5	3
podkarpackie	15.1	6	3
małopolskie	15.3	7	3
wielkopolskie	16.0	8	3
lubelskie	16.7	9	3
pomorskie	17.8	10	3
świętokrzyskie	17.9	11	3
kujawsko-pomorskie	18.4	12	1
łódzkie	18.5	13	1
lubuskie	18.6	14	1
warmińsko-mazurskie	20.1	15	1
dolnośląskie	22.0	16	1



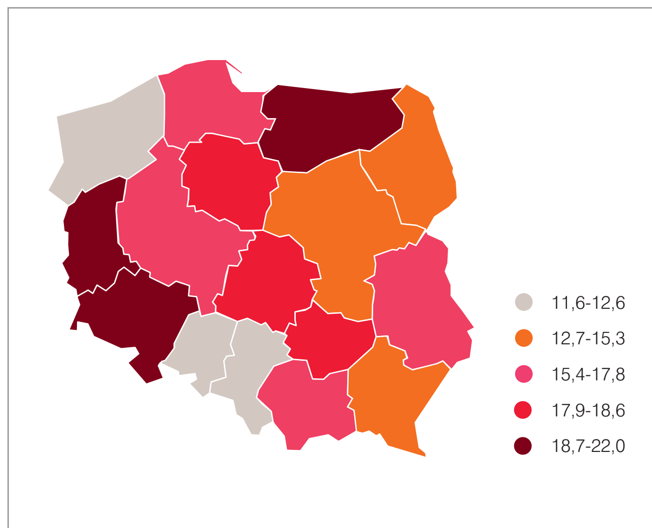
Sposób obliczania: Odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z powodów finansowych z korzystania z usług lekarza.

Dane za okres: 2012 r.

Źródło danych: „Diagnoza społeczna"

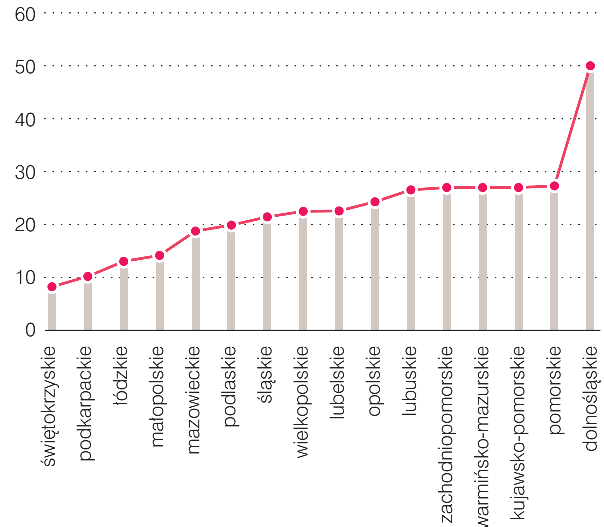
Interpretacja wskaźnika: Podobnie jak w przypadku leków, popyt na usługi medyczne jest z jednej strony wyrazem istnienia potrzeb zdrowotnych oraz praktyki kierowania przez lekarzy, z drugiej zaś możliwości zaspokojenia tych potrzeb ze środków publicznych lub prywatnych (siły nabywczej). W usługach zdrowotnych, w szczególności w zwykłym poradnictwie lekarskim, pacjenci jednak w większym stopniu samodzielnie definiują swoje potrzeby. Zatem w pewnej części rezygnacje z usług lekarskich pojawiają się w mechanizmie, w którym pacjent uświadamia sobie potrzebę (np. konsultacji kardiologa), z powodu długiego czasu oczekiwania rozważa skorzystanie z usług prywatnych, lecz ostatecznie decyduje się zrezygnować z takiej usługi, uznając, że jest zbyt droga.
W Indeksie uznaje się, że rezygnacja z zakupu usługi lekarskiej przez pacjenta jest zjawiskiem negatywnym, niezależnie od zasadności zdefiniowania potrzeby przez pacjenta.

Aktualne wyniki: W badaniach „Diagnozy społecznej" z 2012 r. najwyższy odsetek gospodarstw domowych, które doświadczyły konieczności rezygnacji z zakupu usługi lekarza z przyczyn finansowych, odnotowano w woj. dolnośląskim (ok. 22%), najniższy zaś w województwach opolskim (ok. 11,5%), a także zachodniopomorskim, śląskim i podlaskim (poniżej 13% gospodarstw domowych).



4. Liczba osób na listach oczekujących

Województwo	Wskaźnik [liczba osób na 1000]	Miejsce	Punkty
świętokrzyskie	8.2	1	5
podkarpackie	10.3	2	5
łódzkie	13.0	3	5
małopolskie	14.1	4	5
mazowieckie	18.6	5	5
podlaskie	19.8	6	3
śląskie	21.5	7	3
wielkopolskie	22.4	8	3
lubelskie	22.4	9	3
opolskie	24.3	10	3
lubuskie	26.5	11	1
zachodniopomorskie	26.9	12	1
warmińsko-mazurskie	26.9	13	1
kujawsko-pomorskie	27.0	14	1
pomorskie	27.3	15	1
dolnośląskie	49.1	16	1



Sposób obliczania: Sumaryczna liczba osób oczekujących na wizytę w wybranych poradniach (neurologiczna, okulistyczna, kardiologiczna, endokrynologiczna oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej)w przeliczeniu na 1000 populacji. Stan na 31.10.2013.

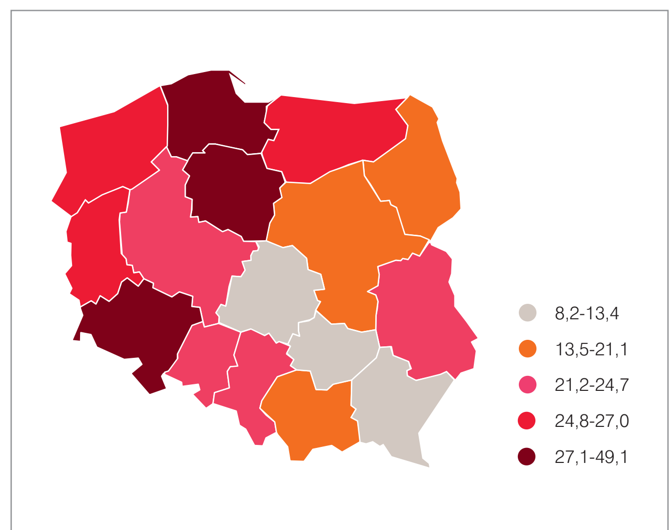
Dane za okres: 2013 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Liczba osób oczekujących nie jest precyzyjną miarą list oczekujących ani precyzyjnym wskaźnikiem niedoborów ilości usług. Istnieje wiele zastrzeżeń co do jakości, wiarygodności czy użyteczności informacji przedstawianej w sprawozdawczości list oczekujących. Niemniej jednak, jako że warunki prawne prowadzenia list oczekujących są jednakowe w całym kraju, wielkość ta może dać obraz ograniczenia dostępu (z jakiegokolwiek powodu by ono nastąpiło) do usług w określonej puli poradni.

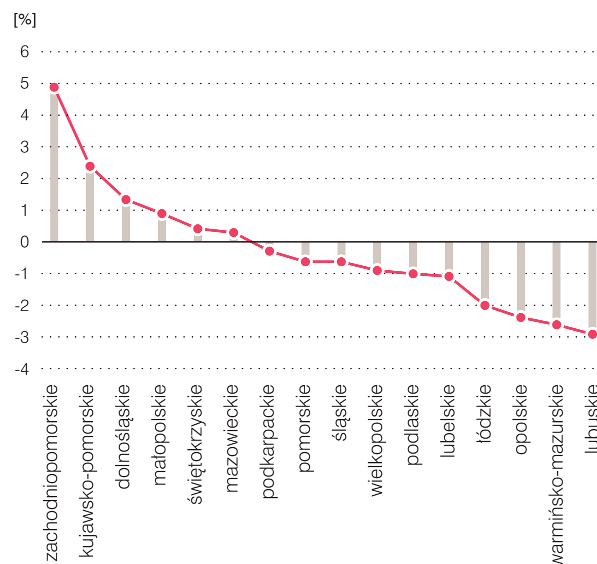
Aktualne wyniki: Z danych publikowanych przez NFZ w II kwartale 2013 r. wynika, że największa liczba osób zarejestrowanych na listach oczekujących występuje w woj. dolnośląskim (ok. 50/1000 ubezpieczonych), najmniejsze wskaźniki obserwowane są zaś w województwach świętokrzyskim (8,2), podkarpackim oraz małopolskim i mazowieckim (wszystkie poniżej 15 osób/1000 ubezpieczonych).

Uzasadnienie: System list oczekujących został wprowadzony w pierwszych latach działania NFZ jako narzędzie zapewniania transparentności dostępu do deficytowych świadczeń zdrowotnych. W celu monitorowania list oczekujących skonstruowano system sprawozdawczy, który pozwala na przekazywanie do NFZ danych z placówek opieki zdrowotnej. Placówki mające umowę z NFZ zobowiązane są do raportowania określonych danych dotyczących list oczekujących z każdej zakontraktowanej poradni i każdego oddziału. Podstawowe parametry raportowane do NFZ to liczba osób oczekujących (stan na określony dzień w miesiącu) oraz średni czas oczekiwania, obserwowany w ostatnim raportowanym okresie.
W przypadku niektórych procedur system NFZ utrzymuje centralny rejestr oczekujących, przy czym dotyczy to tylko kilku wybranych procedur (np. operacja zaćmy, wszczepianie protez stawu biodrowego itp.).
Istnieją pewne wątpliwości co do jakości i użyteczności danych gromadzonych w systemie list oczekujących. Narodowy Fundusz Zdrowia stara się jednak wymusić na świadczeniodawcach poprawę tej jakości, chociaż nierozwiązanym problemem pozostaje najbardziej podstawowa definicja osoby oczekującej na świadczenie.



5. Migracja międzyoddziałowa pacjentów

Województwo	*Wskaźnik [%]*	*Miejsce*	*Punkty*
zachodniopomorskie	4.9	1	5
kujawsko-pomorskie	2.4	2	5
dolnośląskie	1.3	3	5
małopolskie	0.9	4	3
świętokrzyskie	0.4	5	3
mazowieckie	0.3	6	3
podkarpackie	-0.2	7	1
pomorskie	-0.6	8	1
śląskie	-0.6	9	1
wielkopolskie	-0.9	10	1
podlaskie	-1.0	11	1
lubelskie	-1.1	12	1
łódzkie	-2.0	13	1
opolskie	-2.4	14	1
warmińsko-mazurskie	-2.6	15	1
lubuskie	-2.9	16	1



Sposób obliczania: Zmiana w bilansie przepływów finansowych wynikających z migracji międzywojewódzkiej pacjentów.

Dane za okres: lata 2010-2012.

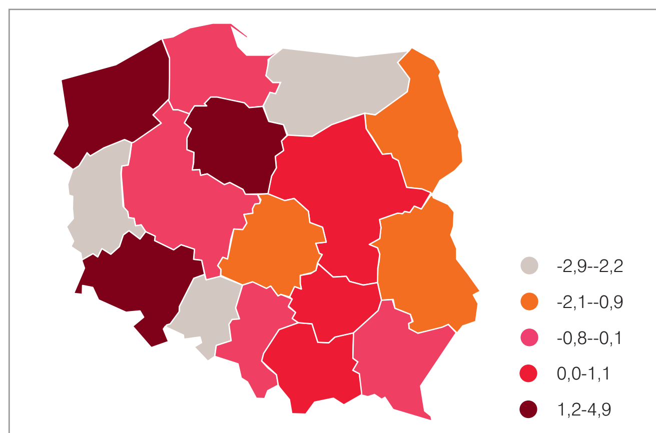
Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Nieznane są szczegółowo proporcje przyczyn migracji międzywojewódzkiej w celu uzyskania świadczeń medycznych. Dla celów niniejszego Indeksu zakłada się jednak, że w większości migracja ta jest związana z pewnymi niedogodnościami dla pacjenta (odległość i związane z tym koszty i czas dojazdu). Zjawisko to należy uznawać za niekorzystne dla pacjenta niezależnie od jego podłoża i możliwości wpływu na to zjawisko ze strony zarządzających ochroną zdrowia. Prezentowane liczby są różnicą między bilansem międzywojewódzkiej imigracji i emigracji zdrowotnej w 2012 r. wobec 2010 r. Wskaźnik prezentuje zatem, w jakim stopniu i jakim w kierunku zmieniły się przepływy pacjentów w poszczególnych województwach w latach 2010–2012. Autorzy wychodzą z założenia, że pewien poziom migracji wynika ze struktury systemu (np. lokalizacja ośrodków akademickich), jednakże zjawisko to, będące zasadniczo uciążliwe dla pacjentów, może być ograniczane, jeśli w województwie pojawia się więcej lepszej jakości ośrodków medycznych.

Aktualne wyniki: Z danych za lata 2010–2012 wynika, że saldo migracji zmniejszyło się najbardziej w województwach lubuskim, warmińsko-mazurskim i opolskim (o ponad 2%), a zwiększyło w województwach zachodniopomorskim (4,9%) oraz kujawsko-pomorskim i dolnośląskim.

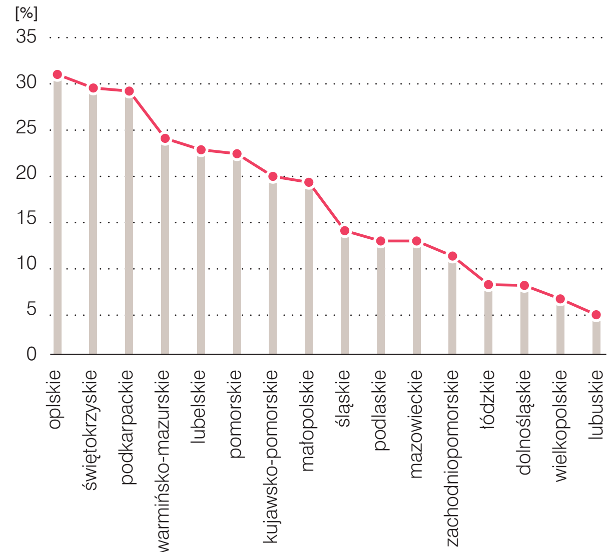
Uzasadnienie: Wojewódzkie oddziały NFZ dysponują środkami na leczenie swoich podopiecznych. Z tych środków finansują świadczenia wykonywane na terenie województwa oraz świadczenia wykonywane przez placówki na terenie innych województw. Pacjenci mają swobodę wyboru świadczeniodawców, co powoduje, że część usług realizowanych jest poza województwem stałego zamieszkania pacjenta. Jak wynika z wielu obserwacji, migracja w związku z wykonywaniem świadczeń medycznych dotyczy najczęściej sytuacji leczenia wysokospecjalistycznego – pacjenci cierpiący na rzadkie schorzenia trafiają do kilku ośrodków w kraju, które specjalizują się w leczeniu tych schorzeń. Ośrodki te są zwykle zlokalizowane w dużych ośrodkach miejskich, z silną bazą w postaci uniwersytetu medycznego, takich jak Warszawa, Katowice, Kraków, Poznań itp. Odwrócenie tych tendencji jest trudne, choć w części możliwe do zrealizowania, jak widać na przykładzie rozwoju ośrodków onkologicznych w takich województwach, jak kujawsko-pomorskie czy świętokrzyskie. Na to zjawisko nakłada się dodatkowo pewna inercja w zakresie obowiązku meldunkowego – wiele osób mieszka w innych regionach kraju, niż są zameldowane, co powoduje, że nawet nie „migrując" za świadczeniami zdrowotnymi, występują w tych województwach jako pacjenci spoza województwa. W przypadku korzystania z usług poza własnym województwem mamy do czynienia z kilkoma sytuacjami:

1) faktycznym zamieszkaniem w innym województwie niż województwo zameldowania, a tym samym migracja nie występuje, lecz jest zjawiskiem prawnym i statystycznym,
2) migracja występuje z powodu osobistych preferencji pacjenta, niewynikających z obiektywnych czynników,
3) migracja występuje z powodu braku odpowiedniej oferty w województwie zamieszkania,
4) faktyczna odległość miejsca zamieszkania do ośrodka w innym województwie jest mniejsza niż do ośrodka we własnym województwie.



6. Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości

Województwo	Wskaźnik [%] (2012)	Miejsce	Punkty
opolskie	30.8	1	5
świętokrzyskie	29.2	2	5
podkarpackie	29.0	3	5
warmińsko-mazurskie	23.8	4	5
lubelskie	22.5	5	5
pomorskie	22.0	6	5
kujawsko-pomorskie	19.5	7	5
małopolskie	18.9	8	5
śląskie	13.6	9	3
podlaskie	12.5	10	3
mazowieckie	12.4	11	3
zachodniopomorskie	10.8	12	3
łódzkie	7.7	13	1
dolnośląskie	7.6	14	1
wielkopolskie	6.2	15	1
lubuskie	4.2	16	1



Sposób obliczania: Liczba szpitali w województwie z akredytacją Centrum Monitorowania Jakości (CMJ) do ogólnej liczby szpitali ogólnych (nie psychiatrycznych).

Dane za okres: 2013 r.

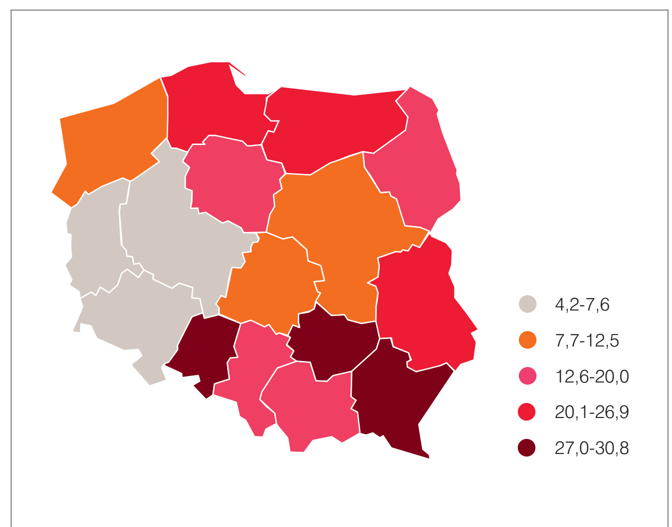
Źródło danych: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Akredytacja CMJ stanowi element zarządzania jakością w ochronie zdrowia. Mimo że uzyskanie akredytacji nie daje gwarancji wysokiej jakości, to uznaje się, że staranie się o akredytację jest wyrazem zainteresowania kierownictwa placówki kwestiami jakości. Jest to zatem niejako obietnica, że jakość opieki zdrowotnej stanowi istotne zagadnienie i uzyskanie akredytacji powinno zwiększać prawdopodobieństwo wykonywania świadczeń lepszej jakości.
W Indeksie przedstawiono wskaźnik rozpowszechnienia akredytacji w szpitalach w województwie jako dowód zainteresowania jakością i pewnego rodzaju obietnicę lepszej jakości opieki szpitalnej.

Aktualne wyniki: Z danych CMJ z 2013 r. wynika, że najniższy odsetek szpitali, które miały certyfikat akredytacyjny CMJ, występował w województwach lubuskim i wielkopolskim (odpowiednio 4% i 6%), a najwyższy w województwach opolskim, świętokrzyskim i podkarpackim (ok. 30%).

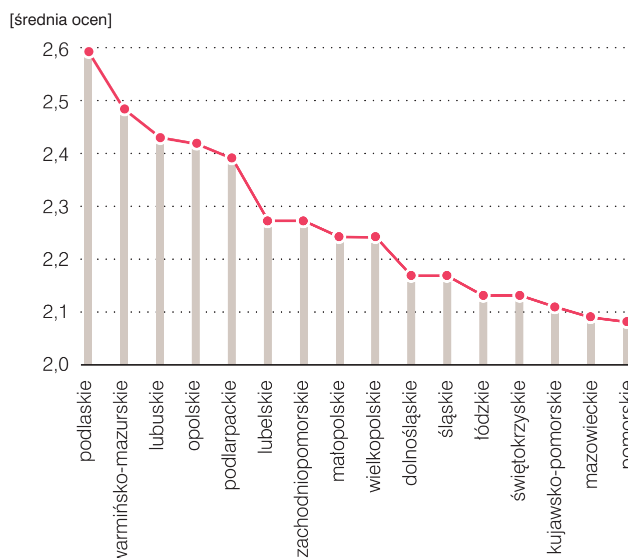
Uzasadnienie: Definicja akredytacji, podawana przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, mówi, że jest to usystematyzowany proces zewnętrznej oceny jednostek ochrony zdrowia prowadzony na podstawie dostępnych i opublikowanych standardów. Ocena akredytacyjna wykonywana w Polsce dotyczy szpitali jako funkcjonalnej całości, a przeglądowi podlega pełne spektrum działalności klinicznej, zarządzania i administracji.
W Polsce program akredytacji został opracowany w 1998 r. przez Ośrodek Akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, które stworzyło go w oparciu o wzorce wyznaczone przez główne instytucje akredytujące na świecie.

Centrum Monitorowania Jakości jest jednostką podległą Ministerstwu Zdrowia i jedyną organizacją upoważnioną do przeprowadzania akredytacji w naszym kraju.
Akredytacja obejmuje ocenę szerokiego zbioru zagadnień, w części związanych z leczeniem pacjentów, a w części dotyczących procesów wspierających, np. utrzymania wyposażenia i infrastruktury, prowadzenia dokumentacji medycznej czy przestrzegania praw pacjenta. Akredytacja wymaga opracowania przez szpital odpowiednich procedur postępowania oraz ich wdrożenia i przestrzegania. W obszarach mających największy wpływ na jakość świadczonych usług oraz bezpieczeństwo pacjentów tworzy się tak zwane standardy akredytacyjne, czyli mierzalne kryteria oceny placówki, które wyznaczają pożądany poziom świadczeń medycznych. Składają się one na wzorzec, z którym można porównać obecną działalność szpitala. Działania szpitala są weryfikowane przez zewnętrznych wizytatorów w ramach tzw. wizyty akredytacyjnej. W przypadku potwierdzenia odpowiedniego poziomu spełnienia standardów szpitalowi przyznawany jest certyfikat akredytacyjny ważny 3 lata.



7. Zadowolenie z systemu publicznej opieki zdrowotnej

Województwo	Średnia ocena	Miejsce	Punkty
podlaskie	2.59	1	5
warmińsko-mazurskie	2.48	2	5
lubuskie	2.43	3	5
opolskie	2.42	4	5
podkarpackie	2.39	5	5
lubelskie	2.27	6	3
zachodniopomorskie	2.27	7	3
małopolskie	2.25	8	3
wielkopolskie	2.25	8	3
dolnośląskie	2.17	10	1
śląskie	2.17	11	1
łódzkie	2.13	12	1
świętokrzyskie	2.13	13	1
kujawsko-pomorskie	2.11	14	1
mazowieckie	2.09	15	1
pomorskie	2.08	16	1



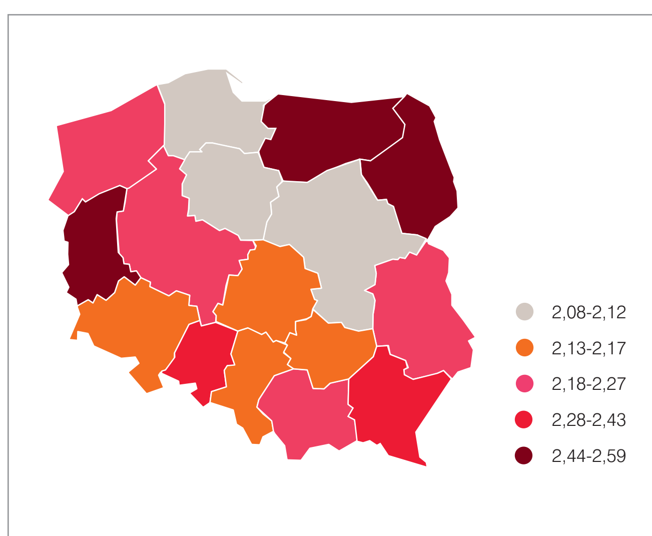
Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

Dane za okres: 2013 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

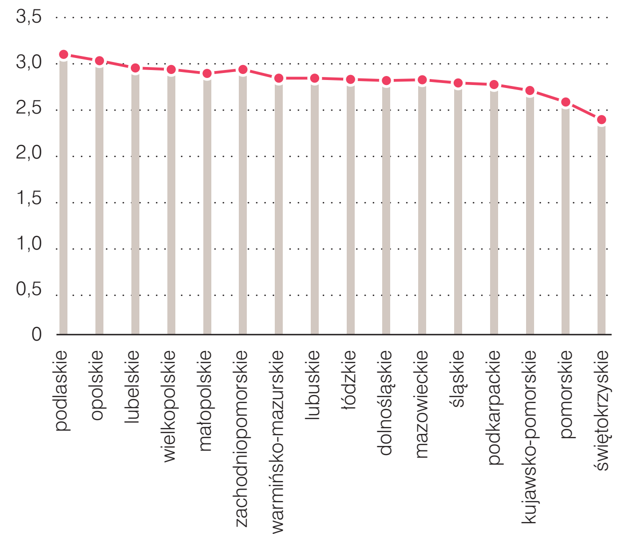
Uzasadnienie: Badanie zostało przeprowadzone na zlecenie firmy PwC w listopadzie 2013 r. w formie telefonicznych wywiadów wspomaganych komputerowo – Catibus. Odbyły się dwie fale badania o liczebności ponad 1000 respondentów każda. Łącznie przebadano 2008 osób. Grupa badawcza odzwierciedlała strukturę dorosłych Polaków.
Na początku badania zadano pytanie o osobiste doświadczenia z systemem publicznej opieki zdrowotnej. Wśród respondentów 98% osób korzystało z publicznej służby zdrowia, w tym 59% w ciągu ostatnich 3 miesięcy, a kolejne 16% w ciągu poprzedniego roku.
Dane zostały opracowane zbiorczo oraz w podziale na województwa. W odniesieniu do całego kraju, 38% respondentów pozytywnie oceniło jakość funkcjonowania publicznego systemu zdrowia – 30% badanych uznało, że działa on dobrze, 6%, że bardzo dobrze, a 2%, że wręcz doskonale. Spośród 60% respondentów, którzy dokonali oceny negatywnej, 33% stwierdziło, że publiczny system opieki zdrowotnej działa źle, a 27%, że bardzo źle.
Szczegółowej ocenie badanych poddane zostały:
1) przejrzystość, system informacji (wiedza, gdzie się zwrócić z danym problemem, czego pacjent może oczekiwać),
2) dostęp do lekarzy specjalistów,
3) dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej,
4) dostęp do badań diagnostycznych,
5) system rejestracji/jakość obsługi administracyjnej,
6) czas oczekiwania na usługę medyczną,
7) jakość infrastruktury, wyposażenia placówek medycznych,
8) profesjonalizm, kompetencje lekarzy,
9) podejście lekarza do pacjenta: sposób rozmowy, zrozumienie problemu, czas poświęcony pacjentowi,
10) efekty leczenia.

Najważniejsze z punktu widzenia oceny jakości publicznej ochrony zdrowia dla Polaków są: dostęp do lekarzy specjalistów (53% respondentów), czas oczekiwania na usługę medyczną (41%) oraz podejście lekarza do pacjenta (37%). Najmniej ważne dla pacjentów okazały się: system informacji, jakość rejestracji (10%), administracja oraz infrastruktura (15%) i wyposażenie placówek (16%).
Średnio najlepiej oceniane przez pacjentów (w skali od 1 do 5) są: profesjonalizm, kompetencje lekarzy (3,2), podejście lekarza do pacjenta (3,2), jakość infrastruktury (3), najsłabiej natomiast: dostęp do lekarzy specjalistów oraz czas oczekiwania na usługę medyczną (2,2), które zostały jednocześnie wskazane jako dwa najważniejsze czynniki dla oceny jakości publicznej ochrony zdrowia w Polsce.



8. Dostępność informacji

Województwo	Średnia ocena	Miejsce	Punkty
podlaskie	3.07	1	5
opolskie	3.02	2	5
lubelskie	2.94	3	5
wielkopolskie	2.93	4	5
małopolskie	2.88	5	5
zachodniopomorskie	2.88	5	5
warmińsko-mazurskie	2.83	7	3
lubuskie	2.81	8	3
łódzkie	2.81	8	3
dolnośląskie	2.80	10	3
mazowieckie	2.80	10	3
śląskie	2.78	12	1
podkarpackie	2.76	13	1
kujawsko-pomorskie	2.69	14	1
pomorskie	2.57	15	1
świętokrzyskie	2.37	16	1

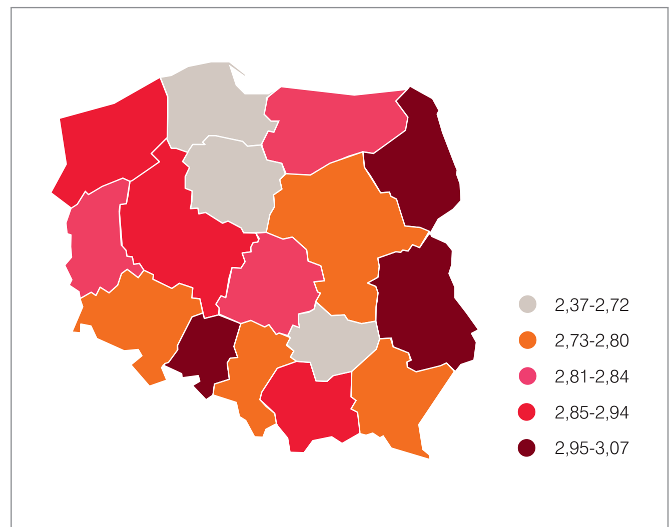


Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

Dane za okres: 2013 r.

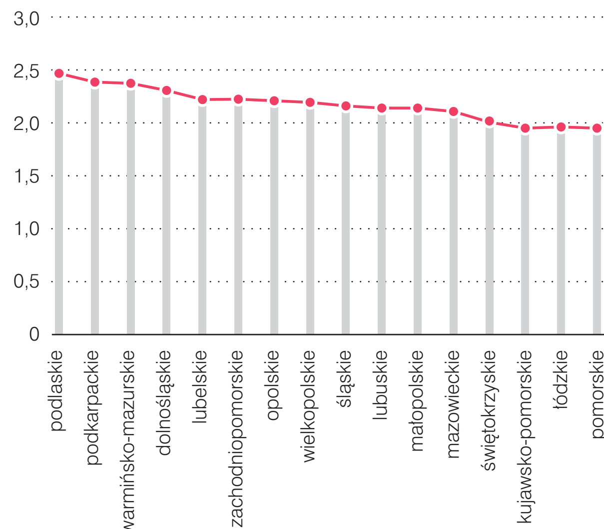
Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: System informacji, który zapewnia wiedzę, gdzie się zwrócić z danym problemem i czego pacjent może oczekiwać, zdaniem ok. 10% respondentów należy do najważniejszych kryteriów jakości ochrony zdrowia. W przypadku pytania o system informacji najmniej pozytywnych ocen wystawili mieszkańcy woj. świętokrzyskiego (43%, średnia ocen 2,37), najwięcej zaś mieszkańcy woj. podlaskiego (72%, średnia ocen 3,07).



9. Dostęp do lekarzy specjalistów

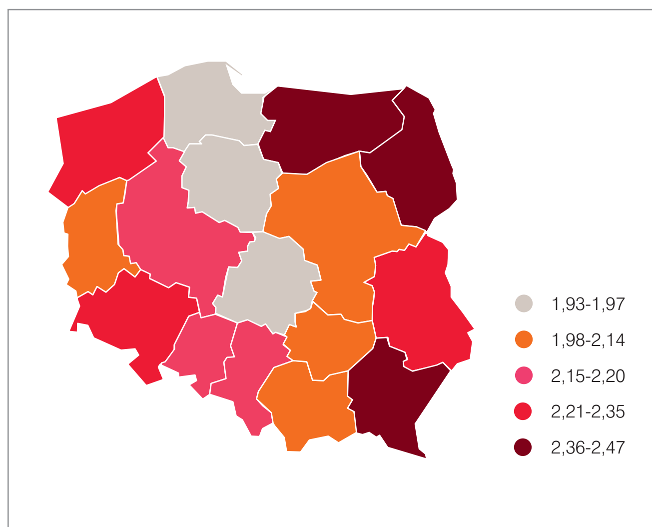
Województwo	Średnia ocena	Miejsce	Punkty
podlaskie	2.47	1	5
podkarpackie	2.39	2	5
warmińsko-mazurskie	2.38	3	5
dolnośląskie	2.30	4	5
lubelskie	2.22	5	5
zachodniopomorskie	2.22	5	5
opolskie	2.20	7	3
wielkopolskie	2.19	8	3
śląskie	2.16	9	3
lubuskie	2.14	10	1
małopolskie	2.14	10	1
mazowieckie	2.10	12	1
świętokrzyskie	2.01	13	1
kujawsko-pomorskie	1.95	14	1
łódzkie	1.95	14	1
pomorskie	1.93	16	1



Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

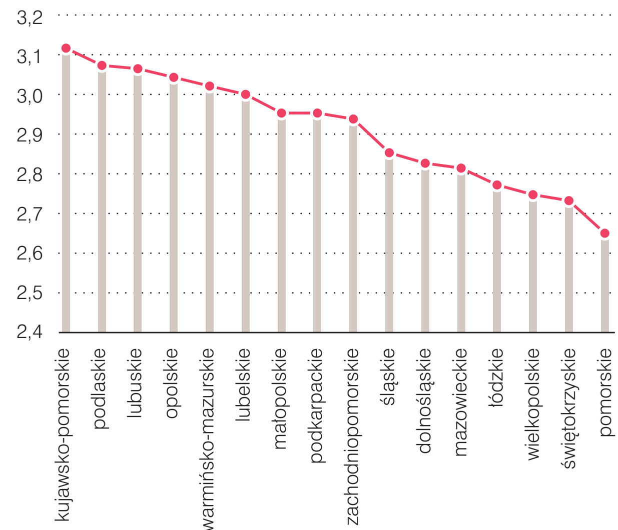
Dane za okres: 2013 r.

Interpretacja wskaźnika: Jednym z najczęściej wymienianych kryteriów jakości systemu jest dostępność do lekarzy specjalistów. W tej kategorii najwięcej ocen pozytywnych przyznali swojemu lokalnemu systemowi mieszkańcy woj. podlaskiego (52%, średnia ocen 2,47), najmniej zaś mieszkańcy woj. pomorskiego (25%, średnia ocen 1,93).



10. Dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej

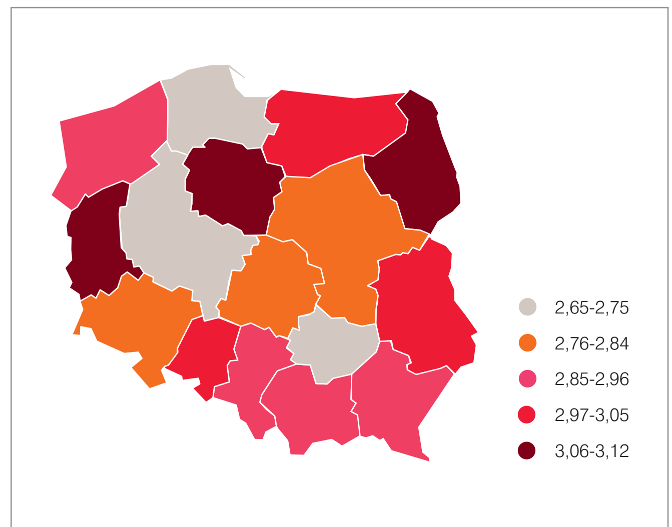
Województwo	*Średnia ocena*	*Miejsce*	*Punkty*
kujawsko-pomorskie	3.12	1	5
podlaskie	3.07	2	5
lubuskie	3.06	3	5
opolskie	3.03	4	5
warmińsko-mazurskie	3.02	5	5
lubelskie	3.00	6	5
małopolskie	2.95	7	3
podkarpackie	2.95	8	3
zachodniopomorskie	2.93	9	3
śląskie	2.85	10	3
dolnośląskie	2.82	11	3
mazowieckie	2.81	12	3
łódzkie	2.77	13	1
wielkopolskie	2.74	14	1
świętokrzyskie	2.73	15	1
pomorskie	2.65	16	1



Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

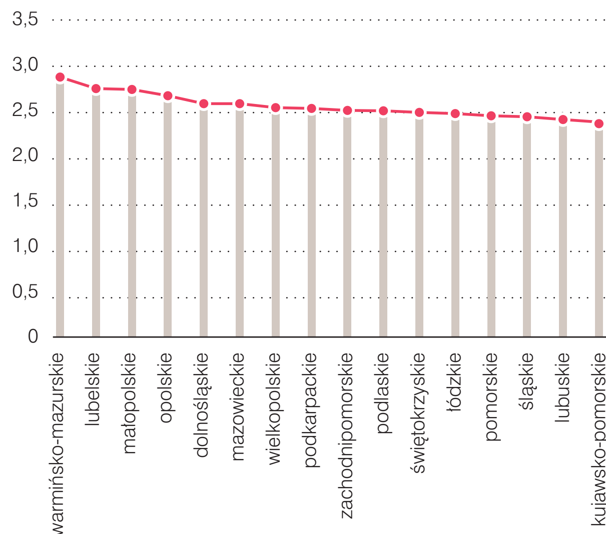
Dane za okres: 2013 r.

Interpretacja wskaźnika: Około 18% respondentów uznało dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej za jedno z głównych kryteriów jakości systemu opieki zdrowotnej. W przypadku pomocy nocnej i świątecznej najwięcej pozytywnych ocen mieszkańcy przyznali systemowi woj. kujawsko-pomorskiego (64%, średnia ocen 3,12). Najmniej pozytywnych ocen w tej kategorii przyznali systemowi mieszkańcy woj. pomorskiego (46%, średnia ocen 2,65).



11. Dostęp do badań diagnostycznych

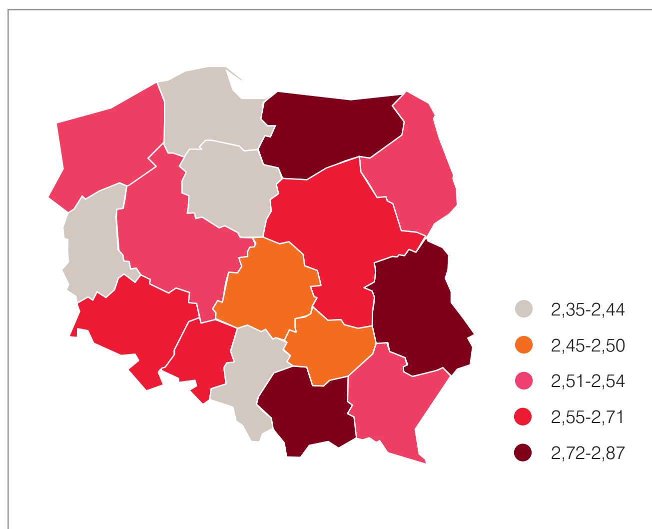
Województwo	Średnia ocena	Miejsce	Punkty
warmińsko-mazurskie	2.87	1	5
lubelskie	2.75	2	5
małopolskie	2.74	3	5
opolskie	2.66	4	5
dolnośląskie	2.58	5	5
mazowieckie	2.58	5	5
wielkopolskie	2.53	7	3
podkarpackie	2.52	8	3
zachodniopomorskie	2.51	9	3
podlaskie	2.50	10	3
świętokrzyskie	2.48	11	1
łódzkie	2.45	12	1
pomorskie	2.44	13	1
śląskie	2.44	13	1
lubuskie	2.40	15	1
kujawsko-pomorskie	2.35	16	1



Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

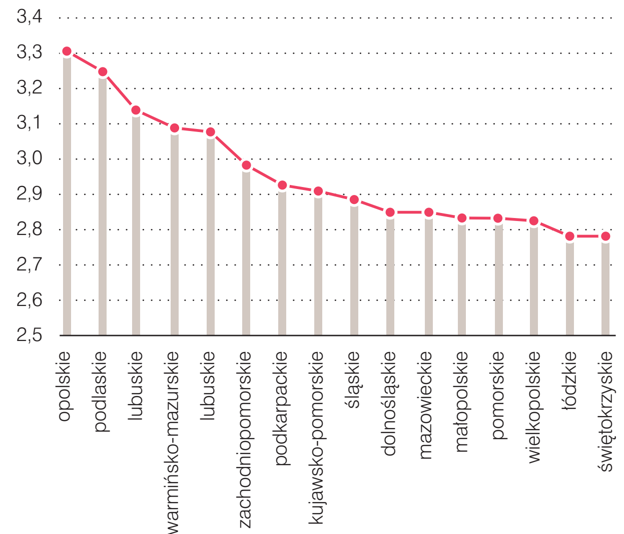
Dane za okres: 2013 r.

Interpretacja wskaźnika: Dostęp do badań diagnostycznych uznało za jedno z najważniejszych kryteriów jakości ok. 27% respondentów.
W tej kategorii najwięcej not pozytywnych przyznali mieszkańcy woj. warmińsko-mazurskiego (59%, średnia ocen 2,87).
Najgorzej ocenili dostęp do badań diagnostycznych mieszkańcy woj. kujawsko-pomorskiego (średnia ocen 2,35).



12. System rejestracji, jakość obsługi administracyjnej

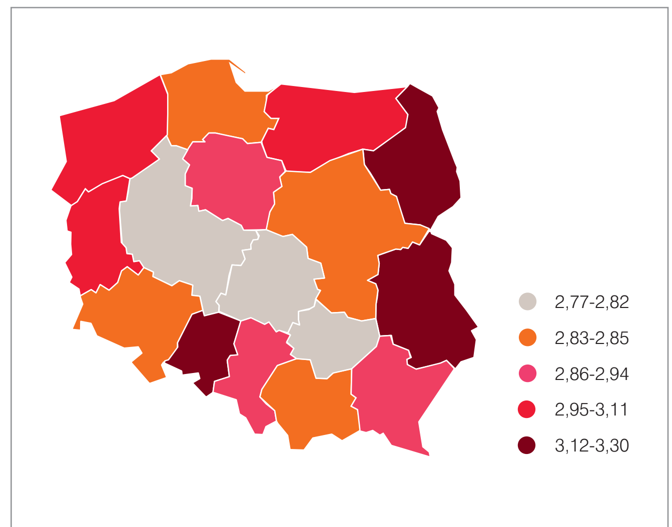
Województwo	*Średnia ocena*	*Miejsce*	*Punkty*
opolskie	3.30	1	5
podlaskie	3.25	2	5
lubelskie	3.13	3	5
warmińsko-mazurskie	3.09	4	3
lubuskie	3.08	5	3
zachodniopomorskie	2.98	6	3
podkarpackie	2.93	7	3
kujawsko-pomorskie	2.91	8	3
śląskie	2.87	9	1
dolnośląskie	2.85	10	1
mazowieckie	2.85	10	1
małopolskie	2.83	12	1
pomorskie	2.83	12	1
wielkopolskie	2.82	14	1
łódzkie	2.78	15	1
świętokrzyskie	2.77	16	1



Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

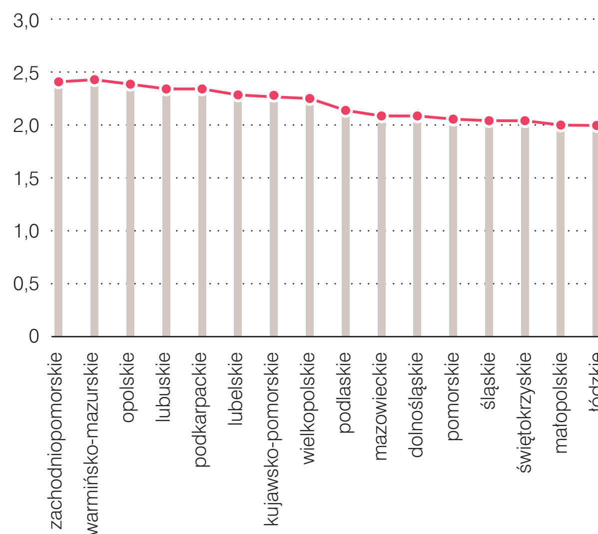
Dane za okres: 2013 r.

Interpretacja wskaźnika: Kolejne kryterium – system rejestracji, jakość obsługi administracyjnej – za jedno z najważniejszych w ocenie jakości uznało jedynie 6% respondentów.
W tej kategorii najwięcej ocen pozytywnych przyznali lokalnemu systemowi opieki zdrowotnej mieszkańcy woj. opolskiego (średnia ocen 3,30), a najgorzej ocenili go mieszkańcy woj. świętokrzyskiego (średnia ocen 2,77).



13. Czas oczekiwania na usługę medyczną

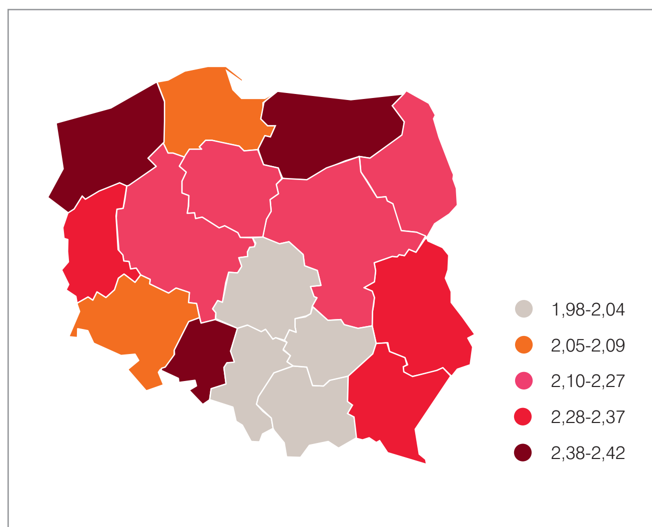
Województwo	Średnia ocena	Miejsce	Punkty
zachodniopomorskie	2.42	1	5
warmińsko-mazurskie	2.41	2	5
opolskie	2.39	3	5
lubuskie	2.34	4	5
podkarpackie	2.34	4	5
lubelskie	2.28	6	3
kujawsko-pomorskie	2.27	7	3
wielkopolskie	2.25	8	3
podlaskie	2.14	9	3
mazowieckie	2.09	10	1
dolnośląskie	2.08	11	1
pomorskie	2.06	12	1
śląskie	2.04	13	1
świętokrzyskie	2.04	13	1
małopolskie	2.00	15	1
łódzkie	1.98	16	1



Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

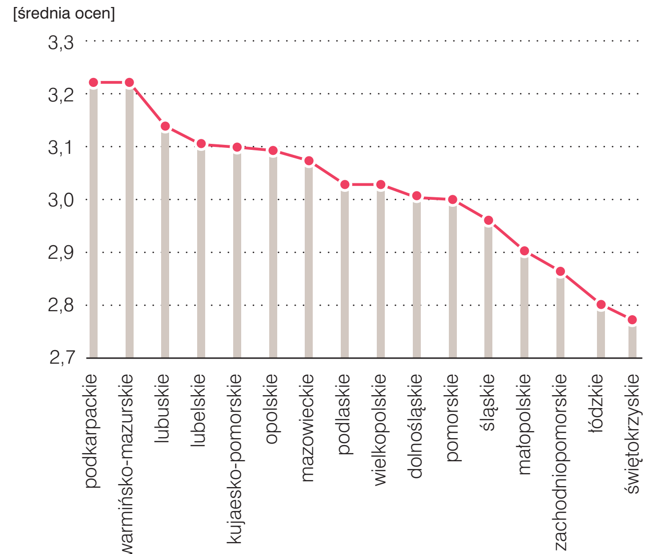
Dane za okres: 2013 r.

Interpretacja wskaźnika: Drugim najczęściej wymienianym kryterium jakości jest czas oczekiwania na usługę medyczną. To kryterium wymieniało jako istotne aż 41% respondentów. W kategorii czasu oczekiwania najwięcej pozytywnych ocen przyznali systemowi mieszkańcy woj. zachodniopomorskiego (46%, średnia ocen 2,42), najmniej natomiast mieszkańcy woj. łódzkiego (28%, średnia ocen 1,98).



14. Jakość infrastruktury, wyposażenia placówek medycznych

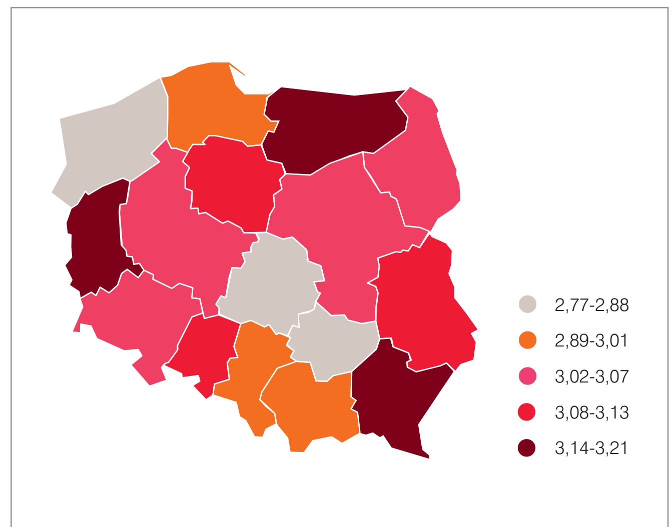
Województwo	*Średnia ocena*	*Miejsce*	*Punkty*
podkarpackie	3.21	1	5
warmińsko-mazurskie	3.21	1	5
lubuskie	3.14	3	5
lubelskie	3.11	4	5
kujawsko-pomorskie	3.10	5	5
opolskie	3.09	6	3
mazowieckie	3.07	7	3
podlaskie	3.03	8	3
wielkopolskie	3.03	8	3
dolnośląskie	3.01	10	3
pomorskie	3.00	11	3
śląskie	2.96	12	1
małopolskie	2.90	13	1
zachodniopomorskie	2.86	14	1
łódzkie	2.80	15	1
świętokrzyskie	2.77	16	1



Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

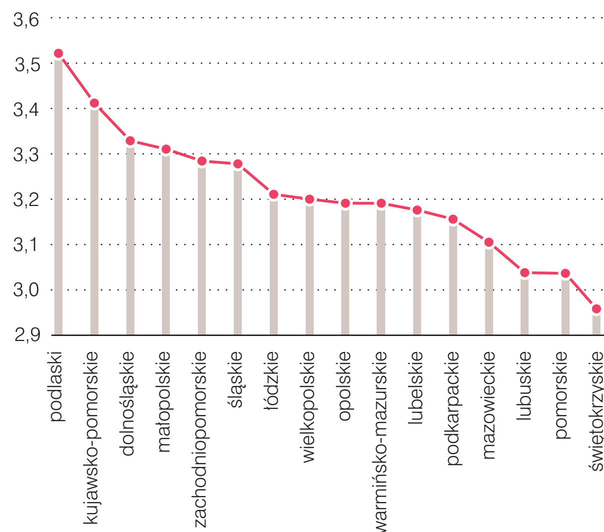
Dane za okres: 2013 r.

Interpretacja wskaźnika: Jakość infrastruktury i wyposażenia placówek medycznych za ważne kryterium jakości uznało jedynie 4% respondentów.
W tej kategorii najwięcej pozytywnych ocen przyznali mieszkańcy województw podkarpackiego i warmińsko--mazurskiego (78%, średnia ocen 3,21). Najgorzej jakość infrastruktury oceniali mieszkańcy woj. świętokrzyskiego (średnia ocen 2,77).



15. Profesjonalizm i kompetencje lekarzy

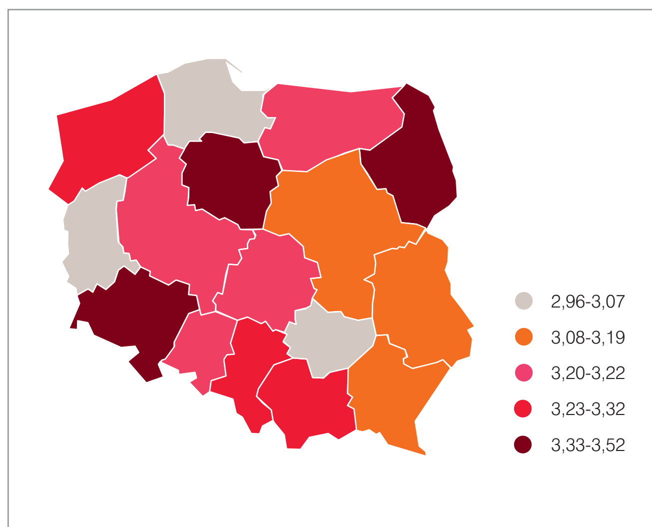
Województwo	Średnia ocena	Miejsce	Punkty
podlaskie	3.52	1	5
kujawsko-pomorskie	3.41	2	5
dolnośląskie	3.33	3	5
małopolskie	3.31	4	5
zachodniopomorskie	3.28	5	5
śląskie	3.27	6	5
łódzkie	3.21	7	3
wielkopolskie	3.20	8	3
opolskie	3.19	9	3
warmińsko-mazurskie	3.19	9	3
lubelskie	3.18	11	3
podkarpackie	3.16	12	3
mazowieckie	3.11	13	1
lubuskie	3.04	14	1
pomorskie	3.04	14	1
świętokrzyskie	2.96	16	1



Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

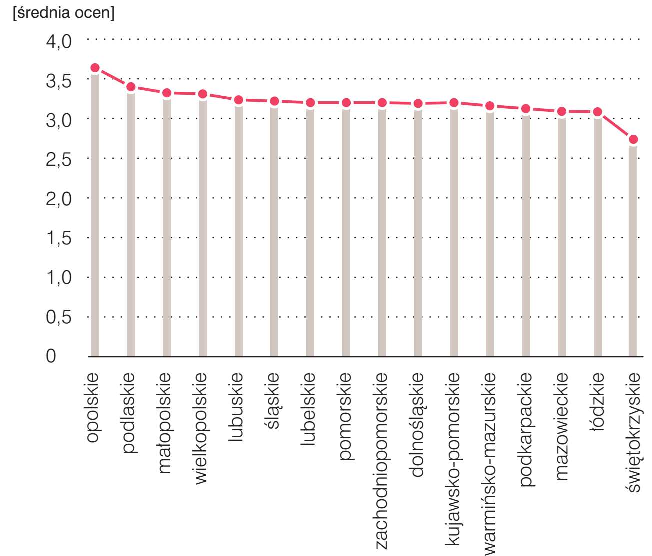
Dane za okres: 2013 r.

Interpretacja wskaźnika: Profesjonalizm i kompetencje lekarzy za ważne kryterium jakości opieki zdrowotnej uznało 25% respondentów.
W kategorii profesjonalizmu i kompetencji lekarzy najlepiej oceniani byli lekarze woj. podlaskiego (średnia ocen 3,52), najgorsze oceny w tej kategorii wystawili mieszkańcy woj. świętokrzyskiego (średnia ocen 2,96).



16. Podejście lekarza do pacjenta

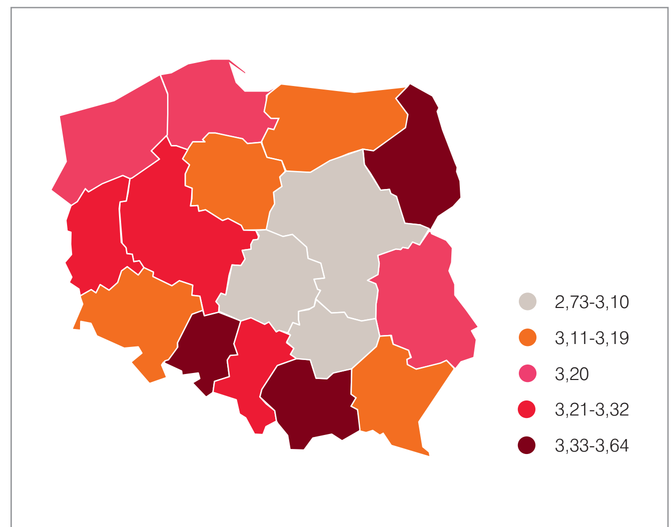
Województwo	*Średnia ocena*	*Miejsce*	*Punkty*
opolskie	3.64	1	5
podlaskie	3.40	2	5
małopolskie	3.33	3	5
wielkopolskie	3.31	4	5
lubuskie	3.24	5	3
śląskie	3.22	6	3
lubelskie	3.20	7	3
pomorskie	3.20	7	3
zachodniopomorskie	3.20	7	3
dolnośląskie	3.19	10	3
kujawsko-pomorskie	3.19	10	3
warmińsko-mazurskie	3.16	12	3
podkarpackie	3.12	13	1
mazowieckie	3.09	14	1
łódzkie	3.08	15	1
świętokrzyskie	2.73	16	1



Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

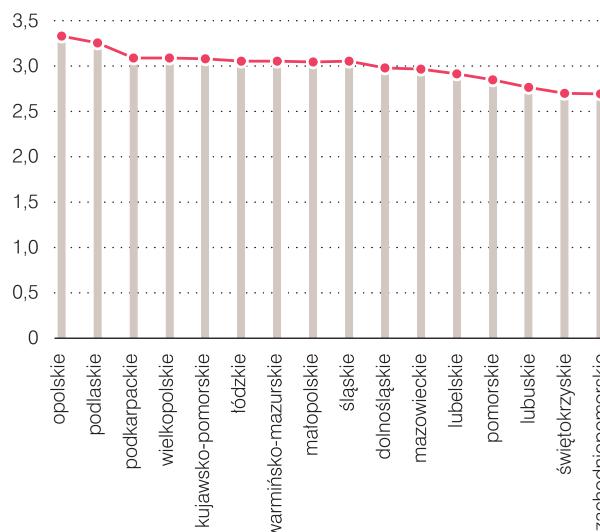
Dane za okres: 2013 r.

Interpretacja wskaźnika: Podejście lekarza do pacjenta – rozumiane jako sposób rozmowy, zrozumienie problemu i czas poświęcony pacjentowi – za jedno z najważniejszych kryteriów oceny systemu uznało 37% respondentów. Jest to zatem trzecie najczęściej wymieniane kryterium jakości. W tej kategorii najlepiej oceniani byli lekarze woj. opolskiego (średnia ocen 3,64), najgorzej natomiast lekarze woj. świętokrzyskiego (średnia ocen 2,73).



17. Efekty leczenia

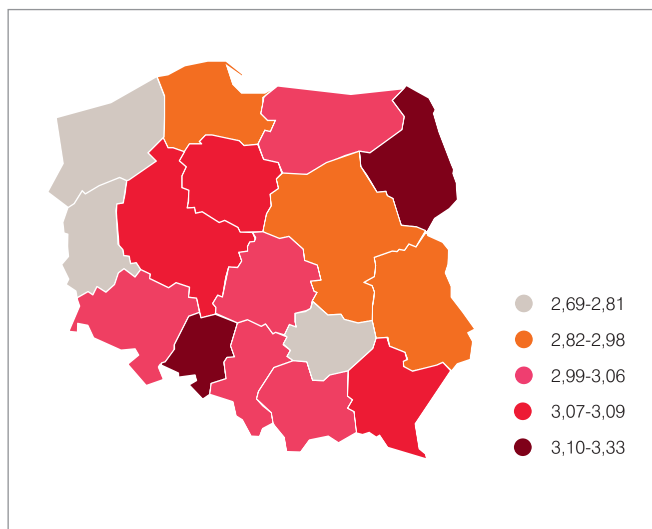
Województwo	Średnia ocena	Miejsce	Punkty
opolskie	3.33	1	5
podlaskie	3.26	2	5
podkarpackie	3.09	3	3
wielkopolskie	3.09	3	3
kujawsko-pomorskie	3.08	5	3
łódzkie	3.06	6	3
warmińsko-mazurskie	3.06	6	3
małopolskie	3.05	8	3
śląskie	3.05	8	3
dolnośląskie	2.98	10	1
mazowieckie	2.97	11	1
lubelskie	2.90	12	1
pomorskie	2.86	13	1
lubuskie	2.77	14	1
świętokrzyskie	2.70	15	1
zachodniopomorskie	2.69	16	1



Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

Dane za okres: 2013 r.

Interpretacja wskaźnika: Efekty leczenia jako ważne kryterium oceny systemu, co zaskakujące, wskazało jedynie 18% respondentów.
W tej kategorii najlepiej oceniali system mieszkańcy woj. opolskiego (średnia ocen 3,33), najgorzej natomiast mieszkańcy woj. zachodniopomorskiego (średnia ocen 2,69).



Podsumowanie oceny województw w osiach

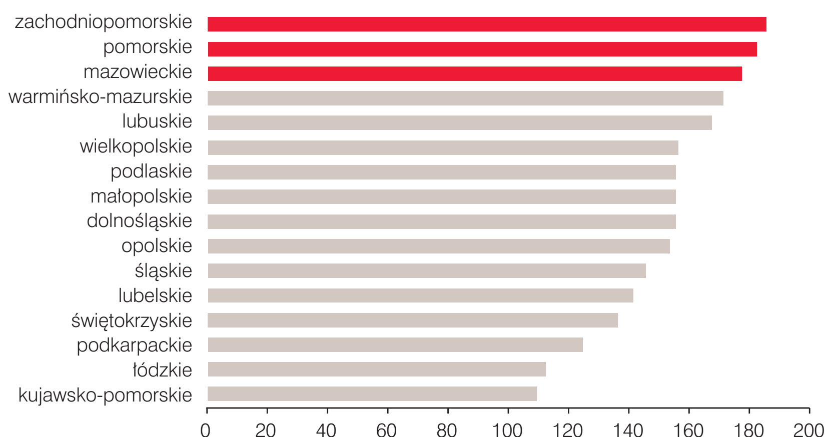
1. Poprawa stanu zdrowia

Wyniki podsumowania punktacji wskaźników w osi poprawa stanu zdrowia wskazują, że najlepszy wynik osiągnięto w województwie zachodniopomorskim (185 pkt.) oraz pomorskim i mazowieckim (182 i 175 pkt.).

Kolejne cztery województwa: warmińsko-mazurskie, lubuskie, wielkopolskie i podlaskie nie pozostają daleko w tyle za trójką liderów.

Na końcu listy znajdują się województwa kujawsko-pomorskie i łódzkie z wartościami odpowiednio 109 i 112 pkt.

Rys. 4. Wskaźnik syntetyczny w osi poprawy stanu zdrowia

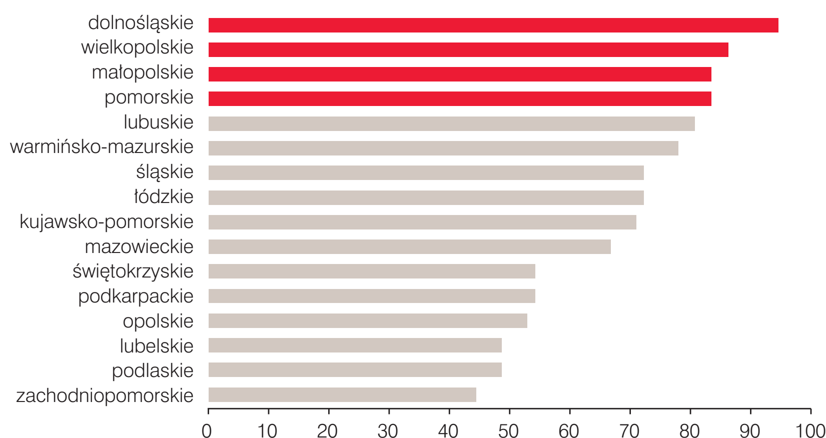


2. Efektywna gospodarka finansowa

W osi efektywnej gospodarki finansowej na czele uplasowały się województwa: dolnośląskie (94 pkt), wielkopolskie (86 pkt.) oraz małopolskie i pomorskie (po 83 pkt.).

Na końcu stawki ulokowały się województwa: zachodniopomorskie (44 pkt) oraz podlaskie i lubelskie 49 pkt.)

Rys. 5. Wskaźnik syntetyczny w osi efektywnej gospodarki finansowej

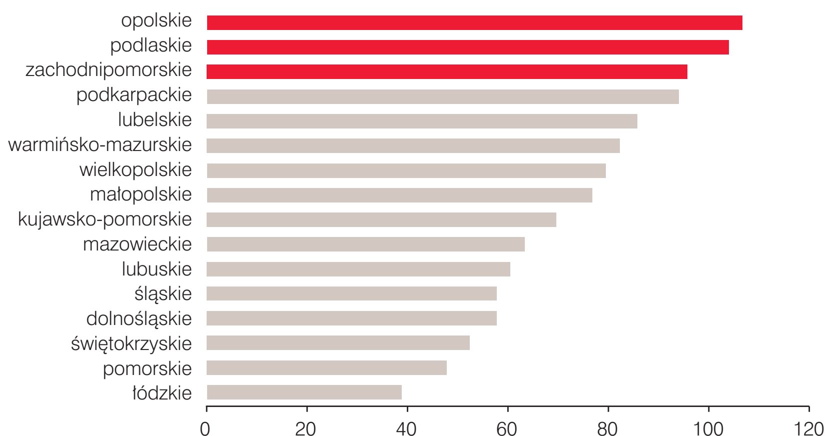


3. Jakość konsumencka opieki zdrowotnej

W osi jakości konsumenckiej na czele uplasowały się województwa: opolskie (105 pkt), podlaskie i zachodniopomorskie (103 i 96 pkt.). Co ciekawe, są to te same województwa, które w osi gospodarki finansowej znalazły się na końcu stawki.

Na końcowych miejscach w osi jakości konsumenckiej ulokowały się województwa: łódzkie, pomorskie i świętokrzyskie (odpowiednio 27, 30 i 32 pkt.).

Rys. 6. Wskaźnik syntetyczny w osi jakości konsumenckiej



Plany na przyszłość

Obecny kształt Indeksu sprawności ochrony zdrowia w województwach jest pierwszą próbą syntetycznej oceny, w jaki sposób działa system ochrony zdrowia w Polsce. Indeks został oparty na międzynarodowych doświadczeniach, w szczególności doświadczeniach Światowej Organizacji Zdrowia z początku tego wieku, oraz na założeniach autorów co do celów i wagi poszczególnych cech systemu ochrony zdrowia.

Jeżeli zestaw wskaźników byłby inny, w szczególności gdyby waga przypisana do poszczególnych wskaźników była odmienna, wtedy wyniki *Indeksu* nie byłyby takie same. W ramach przygotowywania *Indeksu* autorzy przeprowadzili tzw. analizę wrażliwości, testując, na ile zmiana wag wskaźników i osi mogłaby wpłynąć na wyniki. Analiza pokazała, że możliwe są pewne przesunięcia w kolejności poszczególnych województw, lecz nie były one zasadnicze – raczej o 2–3 miejsca w szeregu.

Wprzyszłości zestaw wskaźników *Indeksu* będzie się zmieniał, do rozważenia pozostaje wiele zagadnień. Przede wszystkim warto zwrócić uwagę na następujące:

Rola wskaźników „równościowych” – w wielu międzynarodowych narzędziach oceny sprawności systemu ochrony zdrowia pojawiają się wskaźniki, które pokazują skalę tzw. nierówności w zdrowiu. Wskaźniki te są akcentowane w szczególności w niektórych krajach, takich jak Wielka Brytania, gdzie istnieje znaczna korelacja negatywnych zjawisk zdrowotnych z pozycją społeczną danej osoby (pochodzenie etniczne, klasa społeczna, poziom zamożności). W obecnym *Indeksie* nie ma specjalnej kategorii (osi) wskaźników równościowych, a także specjalnych wskaźników, które by tę nierówność mierzyły. Czy należy ująć tego typu wskaźniki w przyszłości?

Większa rola wskaźników jakości opieki – w osi poprawa stanu zdrowia znalazły się wskaźniki mogące świadczyć o jakości opieki (np. przeżycie 5-letnie, hospitalizacje w chorobach przewlekłych). Ich liczba i rola wydają się niewystarczające, więc należy dążyć do powiększenia puli tych wskaźników w przyszłych edycjach *Indeksu*.

Wskaźniki „bezpieczeństwa pacjenta” – w koncepcji jakości opieki mieści się również zagadnienie bezpieczeństwa pacjenta w trakcie terapii, np. w szpitalu. W obecnym *Indeksie* nie ma wskaźników, które by to zagadnienie właściwie opisywały.

Równowaga i reprezentacja poszczególnych zakresów schorzeń – wśród wskaźników osi pierwszej znajdują się obecnie wskaźniki z zakresu chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, chorób układu oddechowego i psychiatrii. W kolejnych wydaniach *Indeksu* należałoby dołożyć starań, aby w osi jakości konsumenckiej uzyskać dobrą reprezentację większości głównych dziedzin medycyny.

Należy także zwrócić uwagę, aby w osi jakości konsumenckiej uzyskać dobrą reprezentację wskaźników dotyczących różnych rodzajów opieki zdrowotnej.

Głównym wyzwaniem dla autorów *Indeksu* w jego kolejnych edycjach będzie dostępność danych niezbędnych do realizacji wymienionych powyżej planów. Z czasem być może *Indeks* posłuży do gromadzenia i przetwarzania informacji o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, które z punktu widzenia jego oceny staną się niezbędne wsprawozdawczości i statystyce publicznej.

Na obecnym etapie autorzy *Indeksu* mają nadzieję na szeroką dyskusję na temat poszczególnych wskaźników szczegółowych, wskaźników syntetycznych i wynikających z nich wniosków.

Komentarz



prof. dr hab. med.
Rafał Niżankowski

ekspert systemów zapewnienia jakości
Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej

Poproszony o skomentowanie pracy nad polskim *Indeksem Sprawności Ochrony Zdrowia* z dużym zainteresowaniem przebrnąłem przez rozległy tekst. Robi wrażenie, ale budzi też refleksje i spore wątpliwości.

Pierwsze pytanie jakie się rodzi to wątpliwość czy porównania wybranych parametrów dla poszczególnych województw mają sens. Jeśli zastanowimy się ogólniej czy prowadzenie analiz porównawczych ma jakiś wymiar praktyczny czy jest tylko zabawą to przypomina się kariera terminu *benchmarking*. Jest to jedno z narzędzi powszechnie wykorzystywanych w systemach stymulowania jakości. Z grubsza polega na wyznaczeniu realnego do osiągnięcia poziomu jakiegoś wskaźnika poprzez wyliczenie średniej dla grupy najlepszych w tym względzie. Dowiedziono, iż systematyczne stosowanie benchmarkingu jest prostą i skuteczną metodą zachęcania do poprawy tych, którzy w takich porównaniach wypadają słabo.

Zachęta do rywalizacji leży u podłoża wielu porównawczych indeksów opracowywanych przez organizacje międzynarodowe. Mają na celu najczęściej porównywanie różnych państw. Szeroko komentowany *Human Development Index* (Indeks Rozwoju Ludzkiego) opracowany został przez UNDP będącą agendą ONZ. Łączy w jednym wskaźniku trzy wartości dla każdego kraju – średnią długość życia, średnią liczbę lat edukacji i średni dochód na głowę mieszkańca. Z kolei Bank Światowy chcąc stymulować poprawę gospodarowania opracował wskaźnik łatwości prowadzenia interesów w poszczególnych krajach – *Ease of Doing Business Index.* Uzyskiwany w tym porównaniu wynik jest średnią z punktacji w 10 kategoriach. Analogicznych indeksów porównujących państwa pod różnymi względami powstało bardzo wiele. Moda na indeksy objęła też problematykę zdrowia i opieki medycznej. WHO w 2000 r. opracowało ranking systemów ochrony zdrowia. Podobne porównania czynione są wewnątrz krajów pomiędzy stanami, prowincjami czy landami. Omawiane opracowanie przynosi sporo ciekawych informacji na temat funkcjonujących porównań systemów medycznych. Warte szczególnej uwagi są niewątpliwie rozwiązania zastosowane w Kanadzie, Australii, Dani i Holandii.

Autorzy wielu z tych indeksów żywią nadzieję, iż będą one pozytywnie oddziaływać na rzeczywistość. Aby jednak było to możliwe konieczne jest dobre zaadresowanie danego porównania i opieranie się na wiarygodnych danych. Pozytywnych zmian bowiem można spodziewać się tylko wtedy, gdy wierzymy, iż porównanie oddaje rzeczywistość i porównujemy parametry, na które adresaci tego porównania mają znaczący wpływ. Porównywanie systemu ochrony zdrowia w poszczególnych prowincjach Kanady ma sens praktyczny, gdyż każda z prowincji ma własne władze i w odniesieniu do opieki zdrowotnej dużą autonomię. Zatem decyzją władz prowincji jakość opieki zdrowotnej na jej terytorium może poprawiać się lub ulegać pogorszeniu. Autorzy publikowanego opracowania postanowili wzorem innych państw porównywać jednostki terytorialne – województwa. Tyle tylko, iż aktualnie władze wojewódzkie, które w takiej sytuacji powinny być naturalnym adresatem analizy nie mogą dokonywać zmian w funkcjonowanu opieki zdrowotnej na terytorium swego województwa bo nie dysponują ani pieniędzmi (w rękach scentralizowanego NFZ) ani możliwością stanowienia przepisów (domena ministerstwa). Nie ma u nas takiej autonomii jak w Kanadzie czy Australii. I w takiej sytuacji najlepszy ranking pozostanie jedynie ciekawostką a nie narzędziem stymulowania poprawy. By stało się inaczej politycy musieli by doprowadzić do regionalizacji opieki zdrowotnej. Ten temat przewijał się w dyskusjach w ostatnich latach by w ostatnim czasie zamrzeć. Byłoby wspaniale, gdyby dyskusja sprowokowana tą publikacją sprawiła powrót do kwestii decentralizacji odpowiedzialności za opiekę zdrowotną. Miłośnicy socjalizmu uważają co prawda, iż rząd powinien odpowiadać za wszystko ale to nigdzie dobrze nie działa. Głównym brakiem obecnego systemu jest brak gospodarza systemu. W kraju blisko czterdziestomilionowym minister zdrowia nie jest w stanie być efektywnym gospodarzem. Po drugie regionalizacja sprawiłaby, iż *Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia* miałby szanse stymulować poszukiwania różnych rozwiązań, możliwie najskuteczniejszych w lokalnych warunkach. Do tego potrzebny jest wyraźny adresat takiej, porównawczej analizy. Jedynym logicznym kandydatem jest samorząd terytorialny szczebla wojewódzkiego, czyli marszałek województwa. Pod warunkiem oczywiście, iż zadaniem jego będzie dbanie o opiekę zdrowotną a nie jedynie o własne jednostki, które przecież można przekazać innym podmiotom. Marszałek, a nie wojewoda bo ten ostatni jest przecież reprezentantem rządu. Rząd mamy jeden i jak miałby on rozmaicie reagować w poszczególnych województwach na wyniki *Indeksu*?

Dla czego miałby rywalizować sam z sobą? Kto odpowiadałby za złe lub dobre wyniki w poszczególnych województwach?

Premier rządu? Zwolennicy wszechodpowiedzialności rządu mają wątpliwości czy władza samorządowa poradziłaby sobie z kierowaniem opieką medyczną? Odpowiedź jest nieskomplikowana – małe nasze województwa są ludnościowo wielkości małych krajów Unii Europejskiej, które radzą sobie (i to niejednokrotnie całkiem dobrze) z zarządzaniem opieką medyczną.

Druga kwestia to zestaw uwzględnianych parametrów. Jeśli celem głównym *Indeksu* miała by być stymulacja poprawy funkcjonowania opieki medycznej to konieczne jest uwzględnianie tylko takich parametrów, na które opieka medyczna ma istotny wpływ. Przykładowo – ma ona niewielki lub niedostrzegalny wpływ na ogólną długość życia ale bardzo istotny na śmiertelność noworodków. Jeśli Indeks ma rzeczywiście obrazować funkcjonowanie opieki medycznej to musi obejmować szeroki zakres parametrów dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa. Z tym jest niestety w Polsce bardzo źle. Jaka jest skuteczność leczenia przez poszczególnych świadczeniodawców? Tego z zasady nie wiemy bo nie mierzymy. Od dawna wiadomo, iż najskuteczniejszymi narzędziami do pomiaru uzyskiwanych wyników leczenia są rejestry pacjentów uwzględniające wyniki tzw. odległe (z angielskiego *follow-up*) minimum roku obserwacji. W USA, Kanadzie, Australii i wielu zachodnich krajach a w szczególności w Skandynawii rejestry prowadzone są dla zabiegów i dla różnorodnych schorzeń w większości specjalności medycznych. Tam można wiarygodnie mówić o wynikach leczenia poszczególnych placówkach. U nas właściwie jedynym chlubnym wyjątkiem jest KROK – *Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych.* Dzięki temu, iż wiarygodnie porównuje wyniki poszczególnych ośrodków operujących serce może poszczycić się pozytywnym oddziaływaniem na uzyskiwane w Polsce wyniki operacji. Niestety ten dobry przykład jest mało znany. Tymczasem nawet istniejące, gotowe do wdrożenia rejestry jak *Małopolski Rejestr Zabiegów Endowaskularnych* czy *Rejestr Stentgraftów* nie znajdują zainteresowania decydentów i możliwości szerszej implementacji. Stosunkowo prostej, bo posiadamy Centra Systemów Informacyjnych wyposażone bogato w komputerowe możliwości gromadzenia danych i Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, które mogłoby stanowić ekspercie zaplecze dla opracowywania wyników poszczególnych rejestrów. Co więcej istniejące rejestry jak przykładowo Rejestr Nowotworów zupełnie nie gromadzi danych pozwalających ocenić skuteczność terapii. Nie dysponując realnymi danymi dotyczącymi skuteczności autorzy omawianego opracowania postanowili wykorzystać dane, które są dostępne… Niestety uzyskany obraz jest zniekształcony – to tak jakby chcieć grafikę złożoną z tysiąca pikseli oddać przy pomocy dwudziestu kropek.

Podobnie niemożliwe jest namalowanie wiarygodnego szkicu jak porównawczo wypada bezpieczeństwo leczenia się w poszczególnych województwach. Pomimo wspaniałego wzoru jaki w Unii Europejskiej stanowi Dania, której rozwiązania w zakresie rejestracji zdarzeń niepożądanych moglibyśmy łatwo skopiować od lat nie możemy uczynić istotnego postępu. Może zatem dyskusja nad proponowanym Indeksem obejmie też kwestie pilnej niezbędności rejestrowania wyników leczenia. Byłby to duży sukces inicjatorów tego opracowania.

Trzecią kwestię obok właściwego adresata rankingu i konieczności dysponowania wszechstronnym zestawem wiarygodnych danych jest problem dopracowanej metodologii wykonywanego porównania. Jako memento przypomina się arogancka decyzja byłej dyrektor generalnej WHO Gro Harlem Brundtland, która zdecydowała się w 2000 r. opublikować jako ranking systemów ochrony zdrowia pilotażowe wyniki niedopracowanej metodologicznie analizy. Pozycja tak Francji (pierwsza) jak i Polski (pięćdziesiąta pierwsza) wynikła wyłącznie z fałszywej metodologii porównania. Wyniki wywołały powszechne oburzenie i na długie lata postawiły pod znakiem zapytania ideę rankingów. Czytając aktualne opracowanie znajduję wiele miejsc budzących szczegółowe uwagi i wymagających dopracowania.

Nie zawsze rankingi mają na celu stymulowanie korzystnych zmian. Czasem pełnią zupełnie inne zadanie. Czołowym przykładem jest amerykańskie pismo o zasięgu światowym Forbes. Przeprowadza on wiele rankingów, które mają zaspakajać najróżniejsze zainteresowania czytelników, zapewnić dobrą sprzedaż tytułu i oczywiście spore dochody wydawcy… Wierzę, iż przesłanki do opracowania omawianej analizy były bardziej szlachetne. Potraktujmy zatem to przedsięwzięcie jako pierwszy krok do dojrzałej i kompleksowej oceny systemów opieki medycznej w poszczególnych województwach.

Na początku każdej wspaniałej realizacji leży idea zgłoszona przez pioniera. Dopiero z czasem i ciężką pracą przeobraża się w produkt, który nas zachwyca. Przyjmuję życzliwie wysiłek dr Adama Kozierkiewicza i współpracowników jako rzuconą ideę możliwości w przyszłości stymulowania poprawy funkcjonowania opieki medycznej. Oby idea ta znalazła zrozumienie wśród polityków, którzy przecież zdecydują czy będzie mogła ucieleśnić się. Politycy pozostają pod przemożnym wpływem mediów życzmy więc sobie szerszego zrozumienia tych pomysłów wśród dziennikarzy.

Kraków 15.01.2014

Bibliografia

AIHW (2014). National Health Performance Framework. Pobrano z lokalizacji Australian Institute of Health and Welfare: http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/392569

Arah O.A., Westert G.P., Hurst J., Klazinga N.S. (2006, Sept). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. International Journal for Quality in Health Care, str. 5-13.

Björnberg A. (2013). Euro Health Consumer Index 2013. Stokholm, Sweden: Health Consumer Powerhouse Ltd.

Czapiński J., Panek T. (2013, Volume 7). Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków. Contemporary Economics.

Department of Health (2010). The NHS Outcomes Framework 2011/12. London.

Department of Health (2013). The NHS Outcomes Framework 2014/15. London.

Donabedian A. (1980-1985). Explorations in quality assessment and monitoring (Vol.1-3). Ann Arbor: Health Administration Press.

EHCI (2005-2013). Euro Health Consumer Index. Health Consumer Powerhouse.

Health Indicators 2013 (2013). www.cihi.ca: Canadian Institute of Health Information.

Healy J., McKee M. (2002). The role and functions of hospitals. W: M. McKee, J. Healy, red., Hospitals in a Changing Europe, Buckingham, UK: Open University Press.

Joint Commission (2014). Pobrano z lokalizacji http://www.jointcommission.org/

Kelley E., Hurst J. (2006). Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper. Paris: OECD Health Working Papers.

Ministerstwo Zdrowia (2007). Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.: Ministerstwo Zdrowia.

Mossialos E., Permanand G., Baeten R., Hervey T.K., red. (2010). Health Systems Governance in Europe: The Role of European Union Law and Policy. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Nolte E., McKee M. (2008). Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective. Maidenhead, UK: Open University Press/McGraw Hill Education.

Pollack A. (2004). The Privatization of our Health Care. London: Verso.

Richards D., Smith M.J. (2002). Governance and Public Policy in the UK, Oxford University Press, str. 36.

Robinson R., LeGrand J., red. (1994). Evaluating the NHS Reforms. Kings Fund Institute, London.

Saltman R.B. (2009). The rise of pragmatism in state/market debate. Health Economics, Policy and Law (4): str. 1-3.

Saltman R.B., Figueras J. (1997). European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies. Copenhagen: WHO.

Saltman, Rico, Boerma (2006). Primary care in the driver's seat? Glasgow: Open University Press.

Smith P.C., Mossialos E. i wsp., red. (2009). Performance Measurement for Health System Improvement. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Szymborski J., red. (2012). Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa (tom II). Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.

The Joint Commission (2013). Joint Commission Measurement. Pobrano 2013 z lokalizacji http://www.jointcommission.org/performance_measurement.aspx

Westert G.P. i wsp. (2010). Dutch Health Care Performance Report. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment.

WHO (1999). Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia za WHO, Copenhagen.

WHO (2000). The WOR L D Health Report 2000; Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organisation.

Kontakt



Mariusz Ignatowicz

Partner PwC,
Lider zespołu ds. ochrony zdrowia
+48 502 184 795
mariusz.ignatowicz@pl.pwc.com



Paweł Kaoka

Menedżer,
Zespół ds. ochrony zdrowia
+48 519 506 774
pawel.kaoka@pl.pwc.com



Bernard Waśko

Dyrektor Medyczny,
Zespół ds. ochrony zdrowia
+48 519 506 490
bernard.wasko@pl.pwc.com



Krzysztof Gajda

Prezes Zarządu
dane-i-analizy.pl sp. z o.o.
+48 12 633 72 28
krzysztof.gajda@dane-i-analizy.pl



Monika Natkaniec

Specjalista do spraw przetwarzania danych
dane-i-analizy.pl sp. z o.o.
+48 12 633 72 28
redakcja@dane-i-analizy.pl

www.pwc.pl

ISBN: 978-83-63359-49-2